КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Энциклопедический словарь

Под редакцией Н.Д. Твороговой

практическая медицина

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Энциклопедический словарь

2-е издание,
переработанное и дополненное

Под общей редакцией
профессора Н.Д. Твороговой

практическая медицина
Москва • 2016

УДК 159.9
ББК 88
К49

К 49 Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Практическая медицина, 2016. — 608 с.

ISBN 978-5-98811-356-0

Словарь «Клиническая психология» — второе переработанное и дополненное справочное издание, охватывающее основные термины, понятия, теории, концепции клинической, медицинской психологии. Справочный аппарат словаря представлен алфавитным указателем статей по разделам.

Для студентов, аспирантов и преподавателей психологических факультетов, а также лечебных, педиатрических, медико-профилактических факультетов медицинских вузов, в учебный план которых включена психология, клиническая психология. Словарь будет полезен и широкому кругу читателей, интересующихся проблематикой клинической психологии.

УДК 159.9
ББК 88

© Н.Д. Творогова, составление и редактирование, 2016
© практическая медицина, 2016

ISBN 978-5-98811-356-0

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ 4

РАЗДЕЛ 1. Основные направления, теории, концепции клинической психологии и смежные с ней науки 8

РАЗДЕЛ 2. Психологические термины, понятия, эффекты, их естественно-научные основы и философские обобщения 80

РАЗДЕЛ 3. Профессиональная деятельность клинического психолога 323

3.1. Составляющие и условия профессиональной деятельности 323

3.2. Психологическое вмешательство (виды, направления, технологии, методы, приемы, контекст, эффекты) 356

3.3. Психодиагностика (методики) 512

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ ПО РАЗДЕЛАМ 590

Предисловие

Клиническая психология – психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования, социальной помощи населению, бизнеса и др. В 2000 г. в РФ утвержден Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по клинической психологии, и в нашей стране начата подготовка соответствующих ему специалистов.

Клиническая психология (греч. kline – постель, койка; psyche – душа и logos – учение) – область психологии, занимающаяся аберрантным (отклоняющимся от нормы), плохо адаптивным или патологическим поведением человека, а также психологией здоровья, формированием здорового образа жизни, саногенного (направленного на здоровье) поведения.

Название специальности связано со словом «клиника». Современные значения этого слова: 1) место, куда люди приходят для индивидуального обследования, диагностики и (или) лечения. В этом общем значении термин охватывает физический и психологический аспекты. Обычно к слову «клиника» присоединяются определяющие слова, например: поведенческая клиника (специализируется в терапии поведения, его модификации), клиника детского воспитания (специализируется на психологических проблемах детей) и пр.; 2) клиника как лечебно-профилактическое специализированное учреждение высокого профессионального уровня, являющееся базой для научно-педагогического процесса (соответствующей кафедры медицинского вуза или института усовершенствования врачей) или научно-исследовательской работы; 3) клиника как организация, включая здания, оборудование и персонал; 4) синоним понятия «клиническая картина болезни». Именно в первом своем значении слово «клиника» породило название «клиническая психология», закрепленное в нашей стране соответствующим Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, утвержденным в 2000 г., и последующими Федеральными государственными образовательными стандартами (ФГОС разного поколения) специальности.

Объект клинической психологии – человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, психическим, социальным, духовным состоянием. Основные сферы, в которых самоактуализируется (развивается и проявляется) человек – это: а) телесность (не тождественна телу-организму, биологическому субстрату; включает помимо психофизиологических компонентов осознаваемые и неосознаваемые, отчетливые или смутные образы, символы, представления, переживания, связанные с телом, его строением и функционированием); б) социум (общение с целью социальной адаптации, самореализация в обществе и др.); в) внутренний психический мир (рефлексия, самосознание, самосозидание, самоактуализация и самореализация и др.); в) духовность (преодоление эгоцентризма, стремление к высшим духовным ценностям и др.). Взаимодействие с этими сферами является источником развития личности, ее становления. Однако возможен и путь саморазрушения, путь в направлении болезни, а не здоровья. На своем индивидуальном жизненном пути человек может пережить системный кризис из-за неравномерности развития разных своих ипостасей. К объектам клинической психологии отнесены также (ФГОС) системы и процессы охраны, профилактики и восстановления здоровья.

Предметом профессиональной деятельности специалиста (клинического психолога) являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся

в различных областях человеческой деятельности. Клинический психолог может иметь дело с людьми, которые жалуются, например, на состояние тревоги, выражающееся в функциональных расстройствах эмоционального или сексуального плана, или же на трудности в преодолении неурядиц повседневной жизни и пр.

Практическая и научно-исследовательская деятельность клинического психолога направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, личностный рост, самореализацию, на охрану здоровья, преодоление недугов и т. п. Для этого он должен быть компетентным для выполнения следующих видов профессиональной деятельности: научно-исследовательская, психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая (психологическое вмешательство), экспертная, преподавательская, психолого-просветительская, организационно-управленческая, проектно-инновационная.

В этом контексте слово «клинический» означает такой подход к клиенту, при котором в центре внимания психолога находится человек в целом. Одновременно осуществляется индивидуальный подход к психологической работе с данным конкретным человеком, включающий терапевтическую практику, которая может полагаться на субъективные решения клинициста. Так, каждое «клиническое интервью» (метод получения информации как с помощью устного опроса клиента, так и во время проведения терапевтической беседы при оказании психологической помощи) по-своему неповторимо. Решение исследовательских задач при клиническом подходе зачастую опирается на небольшое число обследованных пациентов в естественной для них обстановке (в противоположность экспериментальному подходу к решению исследовательских задач).

Как профессионал, клинический психолог может работать в центрах психического здоровья, больницах, на предприятиях, в учебных учреждениях, консультационных кабинетах и т. п., иметь частную практику.

В своих теоретических концепциях клиническая психология опирается на целостный подход к человеку, понятие «здоровье» (а не только на понятия «болезнь», «патология»); саноцентристскую ориентацию психологической помощи клиенту (а не только на патоцентристский подход к оказанию помощи); индивидуальный подход; идею ответственности личности за свое здоровье; на семейный подход при оказании психологической помощи клиенту; учет социального контекста его жизнедеятельности. Теоретические основы клинической психологии развиваются в контексте доказательной психологии (аналогия — «доказательная медицина»).

Наряду с индивидуальными формами психологического вмешательства клинический психолог использует в своей работе и групповые формы, владеет методами *семейной* психотерапии, сотрудничает с семейным врачом, участвует в программах общественного здравоохранения для поддержания общественного здоровья (ВОЗ обращает серьезное внимание на «систему социальной поддержки против стресса», на профилактику заболеваний), сотрудничает с психологами других психологических отраслей, специализаций.

Данный словарь — это второе значительно дополненное издание первого отечественного словаря по клинической психологии, которая в нашей стране с 2000 г. интенсивно развивается. Первое издание в виде отдельного тома (Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: в 6 т. / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. М.: ПЕР СЭ, 2007) состоялось в составе первого в России справочно-энциклопедического издания, включающего серию словарей по отдельным направлениям психологической науки, идея создания которого принадлежала академику РАО, доктору психологических наук А.В. Петровскому и работа над которым проводилась при его непосредственном научном руководстве.

28 ноября 2006 г. на празднование юбилея кафедры педагогики и медицинской психологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (с 1994 года заведующая первой в СССР психологической кафедры в медицинском вузе страны, созданной в 1971 году, — доктор психологических наук Н.Д. Творогова) академик А.В. Петровский (в 90-е гг. прошлого столетия — президент РАО) прислал поздравление, в котором были и такие строки: «*35 лет работы, которая заметна далеко за пределами вузов, дает вам основание гордиться достигнутыми результатами... медицина, педагогика и психология никакими демаркационными граница-*

ми не должны пользоваться и видеть их, поскольку предмет этих наук – человек, его здоровье, благополучие, развитие... Сейчас завершается издание 6-томного энциклопедического словаря «Психологический лексикон», который выходит под моей редакцией. Пять томов уже на руках читателей, 6-й по счету (но не последний по значимости) – «Клиническая психология», под научной редакцией проф. Н.Д. Твороговой, – находится сейчас в производстве. В его создании принимали участие сотрудники кафедры, приглашенные редактором тома специалисты-медики, работающие в ММА. Скажу больше, эта книга, если так можно выразиться, – детище заведующей кафедрой... в России впервые издается энциклопедия клинической психологии, которая является не только справочным изданием, но и в значительной степени – учебным пособием, полезным и важным для преподавания этой дисциплины...». Изданный том «Клиническая психология», к сожалению, не увидел научный руководитель и вдохновитель проекта «Психологический лексикон» академик А.В. Петровский. До последних дней жизни он с нетерпением ждал его выхода в свет, поскольку этот том являлся для него особо значимым, т. к. впервые создавался словарь по новой для нашей страны психологической специальности – «Клиническая психология».

В первом издании статьи словаря раскрывают содержание основных понятий клинической психологии, показывают ее связь с другими областями психологической науки, с медициной. Словарь был разделен на ряд рубрик (выделение рубрик и распределение статей по ним осуществлено редактором-составителем «Лексикона» канд. психол. н. Л.А. Карпенко), выделение которых удобно для тематической группировки описываемых терминов. Раздел словаря, посвященный психологии здоровья, и статьи, связанные с коммуникативными компетенциями клинического психолога, отражали исследовательскую работу кафедры педагогики и медицинской психологии ММА им. И.М. Сеченова. В предисловии научный редактор тома выразила особую благодарность проф. Б.Д. Карвасарскому, который дал согласие на использование в томе «Клиническая психология» некоторых материалов, ранее опубликованных в «Психотерапевтической энциклопедии», а также проф. Л.Ф. Бурлачуку, давшему разрешение поместить в готовящемся издании сокращенные варианты ряда статей из словаря-справочника по психодиагностике (авторы – Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов), и канд. психол. н. Л.А. Карпенко за предоставление для включения в том ряда материалов. При подготовке словаря был учтен опыт ранее изданных под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского психологических словарей (1985, 1990, 1998); использована часть материалов разрабатываемой в тот период под руководством А.В. Петровского «Психологической энциклопедии».

Часть переработанных статей первого издания словаря «Клиническая психология» вошла позднее (2011, 2015 гг.) в энциклопедический словарь «Психология общения» под общей редакцией академика РАО А.А. Бодалева (часть 3 – «Трудности и нарушения общения и их коррекция»; редактор-составитель этой части словаря – д-р психол. н. Н.Д. Творогова). Разрешение на включение статей дал и А.В. Петровский, при жизни которого была начата работа над этим первым справочным изданием по психологии общения (в 2011 г. словарь «Психология общения» стал победителем XIII Национального психологического конкурса «Золотая Психея» в номинации «Проект года в психологической науке»; в 2012 г. победил на всероссийском конкурсе, проводимом Российским психологическим обществом, в номинации «Лучший словарь по психологии»).

Предлагаемое второе издание энциклопедического словаря «Клиническая психология» является значительно дополненным и переработанным. Словарь включает 3 раздела; внутри каждого термины располагаются по алфавиту. В конце тома приводится алфавитный указатель статей соответствующих разделов словаря с указанием авторов статей.

Первый раздел включает описание основных направлений клинической психологии и тесно связанных с ней областей научного знания. В разделе 2 описаны явления, состояния и процессы, с которыми может иметь дело клинический психолог. В частности, представлены статьи: а) по традиционным для медицинской психологии специализациям: психосоматика, нейропсихология, патопсихология; а также статьи по психопатологии; б) по психологии здоровья; в) гендерной психологии, психологии пола; г) психологии и психопатологии сексуальности. В разделе 3 представлены основные составляющие профессиональной деятельности клинического психолога; в частности, в разделе 3.2 – приемы, направления психотерапии, технологии оказания

психологической помощи клиенту (комплекс статей по психоаналитической терапии, по групповой и семейной психотерапии и др.) и самопомощи; в разделе 3.3 – статьи, описывающие психологический инструментарий клинического психолога, применяемые им методы психодиагностики.

Во второе издание вошли статьи из первого издания словаря (в ссылках на него в списке литературы имеется указание: Клиническая психология. Словарь. М., 2007), а также часть статей из 3-го раздела – Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А.А. Бодалева. 2-е изд., испр. и доп. М.: Когито-Центр, 2015 (в ссылках на него в списке литературы есть указание: Психология общения. Словарь. М., 2015).

В подготовке нового издания словаря приняли участие не только профессиональные психологи, но и приглашенные нами ведущие врачи, философы, физиологи и др., поскольку клиническая психология – это специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер. Из-за наличия разных трактовок одного и того же термина в начале статьи, в скобках, в случае необходимости указывается: «в психологии», «в психотерапии», «в психоанализе», «в психиатрии» и др.

«Клиническая психология» – психологическая специальность, включающая (в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом) следующие специализации: 1) «Нейропсихологическая реабилитация и коррекционно-развивающее обучение»; 2) «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»; 3) «Клинико-психологическая помощь ребенку и семье»; 4) «Психология здоровья и спорта»; 5) «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»; 6) «Клинико-социальная реабилитация и пенитенциарная психология».

Поскольку «Клиническая психология» – это новая для нашей страны психологическая специальность, то в данном словаре мы сосредоточили внимание на первых четырех ее специализациях (хотя включен ряд статей и по 5-й специализации, и по клинико-социальной реабилитации – 6-й специализации), традиционно тяготеющих к медицине, здравоохранению, включающих отрасль психологической науки – «медицинскую психологию» (обсуждение соотношения понятий «клиническая психология» и «медицинская психология» продолжается). Полный словарь по клинической психологии, охватывающий в полном объеме все ее специализации (выделение специализаций клинической психологии – пока также незавершенный процесс), – дело будущего.

Мы благодарим ректорат Первого МГМУ им. И.М. Сеченова за помощь в издании этого словаря, авторов статей – за творческий научный труд, а также всех сотрудников, помогавших выходу психологического словаря «Клиническая психология» в свет. В подготовке текста словаря к публикации техническая помощь была оказана канд. психол. н. Д.В. Кулешовым.

Словарь предназначен для студентов, изучающих клиническую психологию, для психологов, врачей, дипломированных медсестер, менеджеров здоровья, социальных работников, а также для широкого круга читателей, интересующихся психологией.

Научный редактор и составитель словаря
доктор психологических наук,
профессор Н.Д. Творогова

Раздел 1

Основные направления, теории, концепции клинической психологии и смежные с ней науки

Биоэтика — учение о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника в условиях использования новых медицинских технологий. Б. постулирует недопустимость нанесения вреда человеку, его потомству и его окружению. Термин «Б.» предложен в 1970 г. исследователем из Висконсинского университета (США) профессором В.Р. Поттером и является в определенной мере синонимом термина «деонтология»; автор термина вкладывает в него такой смысл: наука выживания, объединяющая биологические знания и общечеловеческие ценности. Б. имеет отношение к медицине, но не исчерпывается ею, не является синонимом медицинской этики (*«глобальная биоэтика»*).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.Я. Яровинский

Глубинная психология (греч. psyche — душа и logos — слово, понятие, учение) — собирательное понятие, посредством которого обозначают совокупность различных направлений, течений, школ и концепций психологии, придающих особое значение деятельности, исследованию, объяснению и интерпретации разнообразных бессознательных компонентов, механизмов и процессов, скрытых в «глубинах» психики человека.

Понятие Г. п. было введено в научный оборот в конце XIX в. швейцарским психиатром Э. Блейлером для обозначения отрасли психологии, исследующей феномен бессознательного психического в его единстве и многообразии.

В первом приближении (и с весьма большой степенью условности) можно полагать, что к теоретической, прикладной и эмпирической Г. п. полностью или частично относятся различные направления, течения, школы, учения, доктрины и практики: аналитическая психология (Юнг К.Г. и др.), аналитическая трилогия (Кеппе Н. и др.), антипсихиатрия (Лэинг Р. и др.), антропоанализ (Бинсвангер Л. и др.), аутогенная тренировка (Шульц И. и др.), биоэнергетический телесно-ориентированный психоанализ (Лоуэн А., Пьерракос Дж. и др.), гипноанализ (Лившиц С., Вольберг Л., Линдер Р. и др.), гисенская школа (Хейсинг Г., Меллер М., Стефанос С. и др.), глубокая аналитически-диалектическая психотерапия (Бирман Б. и др.), гормическая психология (Макдугалл У. и др.), групповой анализ (Адлер А., Барроу Т., Морено Дж. и др.), гуманистический психоанализ (Фромм Э. и др.), детский психоанализ (Фрейд А., Гуг-Гельмут Г., Берлингем Д., Кляйн М., Винникотт Д. и др.), индивидуальная психология (Адлер А. и др.), интерперсональный психоанализ (Томпсон К., Салливан Г. и др.), медицинская антропология (Вайцзеккер В. и др.), микропсихоанализ (Фанти С. и др.), наркоанализ (Хорсли Дж. и др.), наркопсихотерапия (Шильдер П. и др.), неопсихоанализ (Шульц-Генке Г. и др.), неофрейдизм (Хорни К., Салливан Г., Фромм Э. и др.), психоанализ объективного познания (Башляр Г. и др.), психоанализ объектных отношений (Кляйн М., Винникотт Д., Малер М., Когут Г. и др.), психоаналитическая антропология (Малиновский Б., Бенедикт Р., Мид М. и др.), психоаналитическая герменевтика (Лоренцер А., Рикер П., Хабермас Ю. и др.), психоаналитическая педагогика (Фрейд А., Гуг-Гельмут Г., Берлингем Д.,

Шмидт В. и др.), психоаналитическая персоналистика (Кернберг О. и др.), психоаналитическая социология (Огборн В. и др.), психоаналитическая этнопсихология (Кардинер А. и др.), психоаналитическая культурология (Леви-Стросс К. и др.), психоистория (Эриксон Э., Демоз Л. и др.), психосинтез (Ассаджиоли Р. и др.), психосоматика (Александер Ф., Балинт М. и др.), райхианский анализ (Райх В. и др.), реформистский психоанализ (Ранк О., Штекель В., Ференци Ш. и др.), рольфинг (Рольф И. и др.), селф-психология (психология самости) (Лихтенберг Й., Орнштейн А., Малер М. и др.),символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) (Лейнер Х.К. и др.), современная психодинамическая психотерапия (Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. и др.), социометрия (Морено Дж. и др.), структурный психоанализ (Лакан Ж. и др.), трансакционный (трансактный) анализ (Берн Э. и др.), феноменологический психоанализ (Раухал Л. и др.), философский психоанализ (Маркузе Г. и др.), фрейдомарксизм (Райх В. и др.), эго-психология (Фрейд А., Гартман Г. и др.), экзистенциальный анализ (дазайнанализ) (Бинсвангер Л., Босс М., Мэй Р., Кун Р. и др.), экзистенциальный психоанализ (Сартр Ж.-П. и др.) и мн. др.

Зачастую понятие Г. п. употребляется в качестве синонима психоанализа, различных психоаналитических учений и динамической психологии, хотя такое употребление понятия Г. п., в общем, не правомерно, поскольку его объем не сводим даже ко всей совокупности психоаналитических и психоаналитически ориентированных компонентов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Гуманность и гуманитарность (в философии) – атрибутные свойства, присущие культуре вообще и медицине в частности. Хотя смысл терминов «гуманность» и «гуманитарность» восходит к единому смысловому корню – homo (человек), они качественно разные по своему содержательному назначению. «Гуманность» понимают как общечеловеческое качество людей любить и ценить себе подобных, а поэтому жалеть и оберегать весь род человеческий, а также и всех его отдельных представителей от неприятностей и напастей. Понятие «гуманитарность» указывает на уникальную способность, возможность и нацеленность человека на собственное развитие и совершенствование.

Понятие «гуманность» исторически давно отражает идеал мыслителей о достижении высоких жизненных качеств людьми – социальной справедливости, доброты, посильной помощи страждущим. Его употребляли и употребляют поныне как выражение заботливого отношения к человеку, искреннего сострадания слабому и оказания ему всей необходимой помощи. Гуманность проявляется и в компетентном спасении чести униженного и обиженного, восстановлении его физического и психического здоровья и внушении присутствия духа для самообеспечения им естественных жизненных потребностей. Этому гуманному делу служат все социальные службы, все органы и системы здравоохранения.

Гуманитарная помощь людям тоже необходима, но это помощь особого рода. Она направлена на раскрытие ресурсов человека (развитие способностей, потенций его организма, души и разума) в результате строительства стадионов, домов культуры, библиотек, учебных заведений и т. п. Не корректно словосочетание «гуманитарная помощь» подменять термином «гуманная помощь»; последняя направлена на сохранение здоровья тела и присутствия духа человека, попавшего в беду и испытывающего дефицит самодостаточности. Гуманно помогать тем, кто попал в беду, оказался жертвой стихий и др.

Происхождение термина «гуманитарность» связывают с латинским выражением studia humanitatis – гуманитарные студии, возникшие на начальном этапе эпохи Возрождения в XV в. как комплекс специальных мер, обучающих средств, способов в целях всестороннего и гармоничного развития людей. Тогда же были разработаны и предложены конкретные меры, направленные на раскрытие человеческих способностей, формирующих и возвышающих личность, ее достоинство.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Девиация. Концепции (лат. deviatio – отклонение: de – от и via – дорога) – отклонение от психической нормы, например манифестация необычного, крайне интенсивного поведения или эмоционального/когнитивного состояния (острого приступа

психического заболевания, акта насилия и т. п.). В психологии выделяются четыре подхода к пониманию Д. и ее этиологии. В рамках первого подхода (Goldstein I.L. et al., 1981) Д. интерпретируется как функция индивидуальных различий между людьми. Д. наблюдается, когда эти различия выходят за пределы нормы популяционной вариативности. Людям, обладающим необычными физиологическими, психологическими или поведенческими характеристиками, приписывается девиантность на основе каких-либо существующих классификационных схем. Этими схемами могут являться психиатрические или соматические диагнозы, критерии образовательной успеваемости и т. п. Осуществив классификацию, психологи обычно начинают поиск психологических корреляций и признаков, которые позволяют объяснить членство того или иного субъекта в девиантной группе (например, по уровню интеллекта, характеристикам личностного профиля и т. п.). После того как подобные признаки описываются, нередко предпринимается обратный шаг – на основе определенных паттернов значимых признаков определяется (или «предсказывается») членство в одной из девиантных групп. Второй подход связывает интерпретацию Д. с теорией научения А. Бандуры (Bandura A., 1969). Согласно этой теории, человеческое поведение (как нормальное, так и девиантное) является серией действий, усвоенных в результате социального научения, в том числе наказания и вознаграждения. Люди, демонстрирующие девиантное поведение, получали разного типа вознаграждения и наказания, усваивая эти поведенческие паттерны. Между девиантным и нормальным поведением, согласно А. Бандуре, не существует врожденных различий: различия возникают только в ходе индивидуального научения. Устанавливая различающиеся связи с девиантными и нормальными социальными группами, обучающийся индивид демонстрирует либо нормативное, либо более девиантное поведение. Принципы оперантного научения применимы к усвоению как девиантного (криминального, аномального поведения, неспособности к обучению и пр.), так и нормальных поведенческих актов. Третий подход к пониманию Д. связан с интеракционистской концепцией. Согласно этой точке зрения, феномен Д. возникает в результате критической реакции личности (личностей) на какое-то действие, например в результате «приклеивания ярлыка». В этом подходе абсолютного критерия для определения Д. не существует. Только в результате фиксирования значимыми социальными силами определенного поведения как девиантного оно начинает восприниматься как таковое (Becker H.S., 1963). В рамках этой теории Д. является результатом взаимодействия между индивидуальным поведением и общественной реакцией на него. Четвертый подход имеет социологические корни и рассматривает Д. в рамках теории социально-структурных различий. Эта теория основывается на эмпирическом наблюдении за тем, что Д. непропорционально распределена между разными слоями общества. Утверждается, что представители низших слоев демонстрируют девиантное поведение чаще, чем представители более благополучных слоев. Причиной этой диспропорции считается неравенство представителей разных общественных слоев по отношению к доступности или недоступности законных способов реализации индивидуальности субъекта. Социальное отчуждение и социальная вражда являются критическими составляющими для возникновения Д. (Merton R.K., 1957). Таким образом, в данной трактовке Д. рассматривается как результат взаимодействия индивидуальных факторов (которые, в свою очередь, отражают влияние социально-структурных различий) и средовых сил. В российской психологии наряду с термином Д. применяется термин «девиантное развитие», используемый в контексте, близком к первому из описанных выше подходов. Под девиантным развитием понимаются устойчивые паттерны детского развития, существенно отличающиеся от среднепопуляционных норм. Важно отметить, что девиантное развитие не отождествляется с патологическим, аномальным развитием. Напротив, отклонения от среднего уровня могут осуществляться в двух противоположных направлениях, например, девиантным будет развитие как специфической неспособности к математике (дискалькулия), так и развитие специальных математических способностей у одаренных детей.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Л. Григоренко

Деонтология (греч. deon – должный и logos – учение) – а) учение о должном поведении при профес-

сиональном или ином общении человека с человеком; б) совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей. Термин предложен английским философом И. Бентамом (1748–1832) и употреблялся первоначально для обозначения теории нравственности как науки о морали. В работах «Введение в основания нравственности и законодательства» (1789), «Деонтология, или Наука о морали» (1834) им обоснована важность учета индивидуальных и общественных интересов в целях достижения всеобщего согласия и утверждения добродетели, сочетания пользы с удовольствием. Впоследствии термин Д. сузился до характеристики проблем человеческого долга: из представлений об общественно должном человеку самому необходимо было определять свои нравственные позиции, требования к себе и своему поведению в обществе и т. п. Долг стал выступать в качестве внутреннего переживания того принуждения, которое задается этическими ценностями, обязывающими строить свою жизнь в соответствии с ними. В еще более узком смысле Д. стали называть профессиональную этику медиков: соблюдение врачебного этикета, нравственные отношения «врач — врач», «врач — пациент» и т. п.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.И. Косарев

Дефектология (лат. defectus — недостаток и греч. logos — слово, учение) — наука о закономерностях и особенностях развития детей с физическими и психическими нарушениями, о принципах, методах, формах организации их воспитания и обучения. Основной задачей Д. является разработка теоретических и прикладных основ системы комплексной — медико-психолого-педагогической — помощи детям различных возрастов с различными нарушениями в развитии, органично соединяющей клинико-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития и обучения детей. Исключительную роль в создании и закреплении интегративного характера и целостности дефектологии сыграли работы Л.С. Выготского, в которых уже в 30-х гг. XX в. сформулированы и обоснованы общие для всех разделов Д. (сурдо-, тифло- и др.) положения о природе и сущности аномального развития, основанные на культурно-исторической теории развития высших психических функций. В процессе становления Д. систематически расширяла сферу своих исследований. Если на первых этапах предметом внимания Д. являлись дети с выраженными и легко определяемыми нарушениями в развитии (слепота, глухота), то на последующих этапах становления Д. изучались дети, которые имеют менее выраженные нарушения, а именно слабовидящие, слабослышащие дети, дети с речевыми нарушениями, задержкой психического развития, двигательными нарушениями. В то же время выделяются и специальные разделы, охватывающие вопросы воспитания и обучения детей со сложными нарушениями (слепоглухих, слабовидящих глухих, слепых и глухих детей с интеллектуальными нарушениями). Начинаются исследования детей с ранним детским аутизмом, с двигательными нарушениями, с выраженными нарушениями интеллекта. Разворачиваются исследования детей дошкольного возраста. В ходе исследований, проведенных в советский период, изучались особенности в развитии познавательной деятельности и словесной речи разных категорий детей. Разрабатывались психолого-педагогические основы дифференцированного специального обучения каждой категории детей. Применительно к разным категориям детей определялись психолого-педагогические условия и специальные педагогические технологии, обеспечивающие предупреждение и коррекцию имеющихся у них нарушений вторичной и третичной природы. Особое внимание уделялось разработке частных методик формирования школьно значимых навыков, обеспечивающих возможность получения цензового образования детям с нарушениями в развитии. Д. внесла весомый вклад в изучение особых образовательных потребностей разных категорий детей. Результаты дефектологических исследований обеспечили научно-методические основы для создания дифференцированной системы специального образования. К началу 90-х гг. прошлого столетия эта система имела развитую горизонтальную и вертикальную структуру, включающую восемь видов специальных школ (для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, умственно отсталых детей, детей с речевыми нарушениями, задержкой психического развития, нарушениями опорно-двигательного аппарата), шестнадцать типов специального обучения, специальные дошкольные и постшколь-

ные (общеобразовательные и профессиональные) учебные заведения. Для каждого типа специальных школ были определены принципы обучения, формы построения учебного процесса, разработаны средства и методы обучения. Для каждой учебной дисциплины, изучаемой в специальной школе, создана система специальных учебников, методик и большое количество оригинальных наглядных пособий. Все специальные школы, за исключением вспомогательных школ (для умственно отсталых детей), давали выпускникам цензовое образование, сопоставимое с определенным уровнем общего образования, что делало возможным для них поступление в средние специальные учебные заведения и вузы.

Миссия Д. на современном этапе — научное обеспечение процесса перехода к системе специального образования нового типа, ориентированной на ценности открытого гражданского общества. Приоритетными задачами современной Д. как науки являются: создание научных основ системы раннего (с первых месяцев жизни ребенка) выявления нарушений в развитии детей и ранней комплексной (медико-психолого-педагогической) помощи; разработка научных основ интегрированного обучения и новых форм взаимодействия массового и специального образования, переосмысление соотношения стандартов образования и жизненной компетенции в системе специального школьного образования, разработка научных основ построения нового содержания специального обучения, методов и технологий качественной его индивидуализации, психологического сопровождения детей с различными нарушениями в развитии в процессе образования, содержания и методов взаимодействия специалистов с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии.

Решая эти сложнейшие задачи, Д. продолжает развиваться как комплексная наука, в основе которой лежит идея о необходимости целостного подхода к изучению проблемного ребенка. Противоречие между этимологией термина «Д.» и содержанием той интегративной области научного знания, которую он в действительности обозначает, резко обострилось после ратификации в 1991 г. Российской Федерацией Конвенций ООН «О правах инвалидов» и «О правах умственно отсталых», когда была осознана необходимость отказаться от употребления всех терминов, указывающих на дефект, как от терминов уничижительного характера. В число таких терминов попадает и термин «Д.», который так же, как термины «аномальные дети», «аномальное развитие», начинает выходить из употребления. Проблема состоит в том, что не найден адекватный эквивалент термина «Д.» (последние годы используется термин «специальная психология»), социально приемлемый и при этом адекватно отражающий содержание данной науки именно как интегративной области знания. Вследствие этого термин «Д.» продолжает использоваться специалистами в данной области, используется он и в языке междисциплинарного общения, что является предметом острых разноаспектных дискуссий, как касающихся формальных, этимологических аспектов данного термина, так и дискуссий в области методологических основ самой науки, ее места в системе современных наук.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина

Зависимости. Концепции — 1) расстройство мотивационно-потребностной сферы человека, которое: а) характеризуется подчинением всей мотивационной сферы индивида такой потребности, которая не является физиологически обусловленной, базовой; не является конвенционально принятой социальной или культуральной нормой, но субъективно переживается как жизненно необходимая. Формируется в специфической ситуации; при отсутствии такой ситуации (провоцирующего фактора) не возникает. Не поддается сознательному контролю и регуляции; б) является фактором, ограничивающим адаптационные возможности поведения. Ситуативная или длительная депривация такой потребности, например отсутствие объекта зависимости, является помехой нормального (эффективного, стабильного и комфортного) повседневного функционирования личности, вызывает затруднения в социальной и психической адаптации и (или) приводит к субъективному переживанию тяжелого личностного дискомфорта; в) вынуждает личность к регулярному и постоянно возобновляющемуся поиску источника удовлетворения потребности, связанного с объектом зависимости. Удовлетворение такой искаженной потребности является временным, и по истечении некоторого срока потребность в объекте зависимости актуализуется вновь. В состоянии психической зависимости может

нарушаться критичность по отношению к объекту зависимости и (или) затрудняться критическое осознание этой зависимости. Источник психической зависимости может выступать для личности в качестве объекта сверхценного отношения. Объект (ситуация) зависимости может служить источником субъективно-комфортного состояния или средством стабилизации неблагоприятных личностных состояний. Состояние психической зависимости следует отличать от признаков зависимой личности (F60.7 – согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра);

2) аномальное поведение, которого придерживается человек, т. к. ожидает от него получить удовольствие. Условия возникновения: а) наличие повторяющейся потребности («Хочу это сделать»); б) потеря контроля над этой потребностью («Не могу поступить по-другому, прекратить это поведение»). Зависимость может быть физической и психической. Известные формы проявления зависимости: наркомания, алкоголизм, лекарственная зависимость, зависимость от работы, секса, телевидения, азартных игр, общения с другими и пр.;

3) разновидность расстройства личности, при котором она настолько опирается на других людей, что не может принять даже простейшего самостоятельного решения. Люди, страдающие зависимостью, более уязвимы перед другими расстройствами, такими как фобии и депрессии. Предлагаются следующие возможные объяснения зависимости: а) с точки зрения психоанализа при зависимости возникает фиксация на оральной стадии, проявляется детское неосознанное желание иметь надежную о себе заботу и опеку; б) бихевиористские трактовки подчеркивают побочный опыт при научении, когда зависимое поведение вознаграждалось, а независимое поведение подвергалось наказанию; в) когнитивные объяснения подчеркивают роль особой схемы мышления, для которой характерно убеждение, что независимость подразумевает одиночество. Человек, страдающий зависимостью, может также необоснованно считать себя неполноценным и поэтому будет нуждаться в ком-то, кто сможет помогать ему бороться с жизненными невзгодами.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова, Р.А. Прокопишин

Кинезиология (психологический аспект) – наука о движении мыслей, чувств, мышц тела человека. Родоначальником К. является Дж. Гудхард, который в 1960 г. высказал идею о возможности воздействия на мышцы в лечебных целях. Описал эту систему как практику работы с клиентом Дж. Тай. В основе современных систем К. лежит разработанный Дж. Гудхардом метод диагностики «мышечное тестирование». Прикладная К. занимается телесными проблемами, например коррекцией позвоночника, костей черепа, суставов, мышц. Авторами психоэмоциональной К. являются Г. Стокс, Д. Уайтсайд и К. Кэллвэй. Если стресс потери кого-либо или чего-либо блокирует системы жизнеобеспечения организма, то такой организм перестает бороться, нарушаются системы гомеостаза, он начинает сопротивляться всему хорошему, что человек на сознательном уровне хотел бы сделать (в К. это называется «нежеланием получать пользу»). Такого человека трудно лечить, обучать, с ним тяжело взаимодействовать; у него «все валится из рук», «во всем не везет», «ничего не получается», «все надоело» и т. д. Психоэмоциональная К. осуществляет психокоррекцию и позволяет освободить организм от старых негативных эмоциональных «вибраций». Диагностика проводится неинвазивным и безаппаратурным методом мышечного тестирования. Работа ведется как на уровне осознания, так и на подсознательном уровне.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.В. Пономарева

Классификация психических нарушений (в клинической психологии) – форма систематизации накопленных знаний о психических нарушениях путем составления более или менее строгой системы соподчиненных понятий (классов). К. п. н. строится на основе логических правил деления объема понятий и упорядоченного распределения, объединения объектов в классы по признакам их сходства и различия. Наличие единой логически стройной, обоснованной классификации, номенклатуры объектов исследования является важнейшим показателем уровня развития соответствующей области исследования и практики.

В современной науке проблемы, связанные с созданием классификаций, т. е. расчленения любо-

го множества (класса) объектов на подмножества (подклассы) по любым признакам, рассматриваются специальной наукой — таксономией, которая определяется как учение о любых классификациях с точки зрения таксонов и признаков. По существу, всякая научная классификация является выражением основных закономерностей в их взаимной связи, последовательности и иерархии.

В клинической практике возникновение классификации в современном понимании относится к середине XVIII в. и связано с трудами виднейшего анатома Д.Б. Морганьи (1682–1771). В своем сочинении «О локализации и причинах болезней» он дал достаточно полную и по тому времени обоснованную классификацию болезней. В ее основу положен патологоанатомический принцип локализации болезненных процессов по органам, отдельным системам, расположенным по сегментам человеческого тела. Именно это свойство болезни Д.Б. Морганьи, как анатом, обнаруживал при многочисленных вскрытиях и на его основании пытался дифференцировать заболевания. Эта классификация, построенная на принципе локализации болезни по органам, утверждала материальный субстрат болезни, способствовала дальнейшим исследованиям природы болезней, послужила основой развития отдельных клинических и теоретических дисциплин. Отсюда же взяли свое начало соматоцентрированные классификации психических расстройств.

На основе культурно-исторической теории Л.С. Выготского и общепсихологической теории деятельности А.Н. Леонтьева особый вклад в разработку проблем классификации в клинической и медицинской психологии внесли основатель нейропсихологии А.Р. Лурия и его школа (классификация нейропсихологических нарушений) и основатель отечественной патопсихологии Б.В. Зейгарник и ее ученики (систематизация патопсихологических расстройств).

В клинической психологии широко используются Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения и Классификация психических расстройств в 4-й редакции (DSM-IV), разработанная Американской психиатрической ассоциацией.

Различают формальные (искусственные) классификации, имеющие вспомогательное значение, т. к. в основу группирования объектов в них положены произвольно выбранные несущественные признаки. К ним следует отнести существующие номенклатуры и алфавитные перечни заболеваний, которые являются подсобной схемой для упорядочения учета, отчетности и статистики исследовательских, консультационных и лечебных учреждений. Наряду с этим существуют естественные (содержательные) классификации, строящиеся на основе одного существенного специфического признака (или нескольких — в сложных классификациях). Естественная классификация служит не только облегчению поиска более строго упорядоченных объектов, но и обеспечивает более стабильную научную систематизацию изучаемых объектов, их свойств и отношений. Поэтому она может служить научному познанию объективной действительности, определению объекта на основе его свойств или установлению свойств объекта, если известен его класс. Естественная классификация болезней способствует более адекватному распознаванию заболеваний, ибо без нее невозможно логически правильное обоснование и дифференцирование при диагностике болезней. Необходимость подобной классификации вызывается и потребностями интересов научной, санитарно-профилактической и организационной работы.

Правильно составленная классификация должна удовлетворять ряду требований, касающихся деления понятий:

1. Деление на классы должно проводиться по единому основанию (признаку). При сложном многократном делении класса на подклассы каждый раз используется свое, но всегда одно основание. При этом общие классы опираются на более широкие существенные основания, а частные подразделения классов — на более узкие, специфические основания. Но каждый класс (ряд) делится по одному единому основанию. Не исключено, что каждый из классов, подклассов, видов может иметь свое членение. Возможно, что для некоторых групп болезней следует построить самостоятельную классификацию, но по одному и тому же общему признаку.

2. Деление всегда должно быть соразмерным: сумма всех членов деления (видов понятий) должна полностью исчерпывать весь объем своего класса (родового понятия).

3. Члены деления одного ряда должны исключать друг друга. Следовательно, каждый из предметов,

входящий в данный класс, может быть отнесен только к одному из членов деления и ни в коем случае не к нескольким членам данного ряда сразу. Выполнение этого условия, однако, не всегда возможно.

4. Принципом упорядочения членов ряда может быть лишь такой признак объектов (понятий), который можно распространить на всю классификацию, т. е., в отличие от основания деления (класса на члены), принцип упорядочения членов распространяется не только на каждый класс (ряд членов), но на все члены деления всех рядов классификационной системы. В классификации болезней обычно принято распределять члены каждого ряда по алфавитному признаку, т. к. другой общий для всех членов признак подобрать трудно.

5. Члены деления по отношению к делимому понятию должны быть ближайшими видами, т. е. непосредственно низшими понятиями, а по отношению друг к другу — соподчиненными понятиями.

6. Основанием деления должен быть признак, указывающий на существенное различие между членами деления. В К. п. н. такими признаками должны быть особенности этиологии, патогенеза, локализация патологического процесса, некоторые клинические особенности заболевания, т. е. признаки, характеризующие сущность и специфику нозологической формы. В клинических классификациях отдельных болезней существенными признаками для деления оказываются особенности течения, наличие осложнений и т. д.

Диалектическая сущность классификации проявляется в том, что в ней одновременно осуществляются противоположные операции группировки разных понятий в один класс и их разделение на исключающие друг друга члены внутри класса. Взаимосвязь этих операций на основе установления объективно существующего сходства и отличия разных сторон действительности, внутренних закономерных связей классифицируемых предметов является отражением действия закона единства и борьбы противоположностей, требующего одновременного учета тождества и различия противоположных свойств предмета. Раздвоение единого на взаимоисключающие противоположные стороны и познание их отличительных особенностей, противоречивости и общности составляет суть диалектики. В классификации как нельзя более полно должна раскрываться динамика диалектических категорий общего (рода), особенного (вида) и единичного (отдельного расстройства). Она должна постоянно учитывать многообразные изменения, развитие классифицируемых процессов, их различные проявления. Научная классификация должна своевременно и обоснованно учитывать появление новых и неклассических, нетипических течений уже известных болезней под влиянием применения новых методов лечения и факторов меняющейся внешней среды.

Выработка единой, унифицированной, обязательной для всех специалистов К. п. н. является настоятельно необходимой задачей, без решения которой невозможно успешное развитие клинической психологии. Унификацию терминологии, касающейся определения номенклатуры и классификации болезней, нельзя установить простым декретированием. Эффективность развития клинической психологии во многом определяется готовностью вести постоянный диалог и обсуждение широким кругом специалистов различного профиля с целью создания единой научно обоснованной систематизации и классификации нарушений, которая отражала бы последние достижения психологической и медицинской науки, а также запросы практики здравоохранения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.П. Зинченко, Р.С. Шилко

Клиническая нейропсихология — одно из направлений нейропсихологии, которое изучает особенности нейропсихологических синдромов, возникающих при различных локальных поражениях мозга. К. н. анализирует нейропсихологические синдромы в зависимости от локализации поражения мозга (коры, подкорковых структур), генеза заболевания (опухоли, травмы, сосудистые поражения мозга). В К. н. используются клинические методы нейропсихологической диагностики, разработанные в научной школе А.Р. Лурии, позволяющие установить топический диагноз (зону поражения мозга). Современная К. н. использует и компьютерную технологию для выявления типичных особенностей нейропсихологических синдромов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Клиническая психология сексуальности – область клинической психологии, изучающая психологические механизмы развития и функционирования сексуальности человека в норме, патологии, а также особенности ее реализации при психических расстройствах и соматических заболеваниях. Современные исследования, относящиеся к нарушениям сексуальной функции человека, в специальной литературе на русском языке представлены в медицинских и клинико-психологических руководствах и монографиях (Васильченко Г.С., Кибрик Н.Д., 1977, 1983; Свядощ А.М., 1971, 1988; Имелинский К., 1986; Рожановская З.В., 1985; Кришталь В.В., Григорян С.Р., 2002; и др.). Расстройства сексуальной функции в них относятся к числу довольно распространенных. По данным различных исследований, они встречаются у 4–9 % взрослого мужского населения (Frank, Anderson, Rubenstein, 1978; Nettelbladt, Anderson, Rubenstein, 1978; Nettelbladt, Uddenlerd, 1979), в том числе и у 1 % мужчин моложе 19 лет (Kinsey A.C., Pomeroy, Martin, 1948). Если же учитывать не только собственно патологические случаи, требующие специального лечения, то, как отмечает Kaplan H.I. (1974), транзиторные расстройства сексуальной функции встречаются у 50 % практически здоровых мужчин, а Werschub L.P. (1959) относит 90–95 % случаев импотенции к функциональным расстройствам. Несмотря на то что эти расстройства затрагивают достаточно локальную и ограниченную функцию, они воспринимаются человеком как «катастрофа», «утрата мужественности» или «постыдное расстройство, о котором никто не должен знать» (Kinsey A., 1948; Kaplan H., 1974). Большинство работ по патологии сексуальности посвящены сексуальным расстройствам у мужчин.

Сексуальные нарушения у женщин, хотя и встречаются весьма часто (не менее чем у 15 % женщин), до настоящего времени очень мало изучены и слабо освещены (Michel-Wolfromm N., 1965; Свядощ А.М., 1988; Iacub M., 2002). По данным исследований, фригидность наблюдается у 40 % женщин Франции. Из 1500 женщин, обследованных в Австрии (Strourzh H., 1962), треть никогда не испытывала оргазм, хотя 65 % из них имели половые связи с разными мужчинами. Не испытывала полового удовлетворения и треть женщин, опрошенных в Польше (Malevska H., 1967). Из 2000 женщин, опрошенных в Германии (Schnabl S., 1982), 44 % не испытывали полового удовлетворения или испытывали его крайне редко. По A. Kinsey (1963), не испытывали оргазма 17 % женщин, живущих половой жизнью не менее 5 лет; по данным З.В. Рожановской (1972), из 412 женщин, регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, испытывали оргазм при каждой или почти каждой половой близости 24 %, часто – 31 %, изредка – 27,4 % и никогда – 18 % женщин. При этом сохранность полового влечения наблюдалась у женщин: всегда испытывавших оргазм – в 100 % случаев, иногда – в 78 %, крайне редко – в 52 % и среди никогда не испытывающих оргазма – лишь в 40 % случаев.

Биологический смысл сексуальности как проявления репродуктивной функции заключается в обеспечении сохранения человечества как вида; с сексуальностью в той или иной степени связаны основные потребности человека. Проявление сексуальности и ее нарушения затрагивают не только узкую область биологической репродукции, но и практически всю сферу человеческого существования. Многочисленные факты, имеющие прямое отношение к сексуальности, разнообразно описаны в этнологии, истории, биологии, медицине, психоанализе, культурологии и других научных областях. Отечественные психологические исследования в этой области остаются крайне фрагментарными, касаются в основном психопатологии или патофизиологии.

Теоретическая значимость для психологии изучения сексуальности связана с решением проблемы соотношения биологического и социального в человеке. Культурно-историческая концепция развития психики (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Лурия А.Р.), предложенная для понимания закономерностей развития высших психических функций, в настоящее время распространяется и на исследование телесности, психологии эмоций (Вилюнас В.К., 1986; Арина Г.М., 1991; Николаева В.В., 1991; Тхостов А.Ш., 1991; Зинченко Ю.П., 2003). Натуральные функции, превращаясь в собственно человеческие, прижизненно формируемые, социальные по происхождению, радикально меняются, и их трансформация не безразлична как для самой функции, так и для ее возможной патологии.

Трансформация биологически детерминированной функции репродукции в культурно детерминированную человеческую сексуальность осуществляется через знаково-символическое

опосредствование, нарушение которого можно рассматривать как один из центральных психологических механизмов функциональных сексуальных расстройств. Определяющими при выборе психокоррекционных методов являются особенности самосознания при функциональных сексуальных расстройствах, наблюдаемая гипертрофия функции контроля и произвольной регуляции, а также высокий уровень атрибуции ответственности, тревога ожидания и неустойчивость к фрустрации. Психокоррекция психогенных нарушений сексуальной функции обычно проводится в рамках терапии основного расстройства с привлечением различных методов (когнитивная терапия, психоанализ, поведенческая терапия и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.П. Зинченко

Консультативная психология — раздел психологического знания, содержащий систематическое описание процесса оказания психологической помощи (консультирования). К. п. исходит из представления о том, что с помощью специально организованного процесса общения у обратившегося за помощью человека могут быть актуализированы дополнительные психологические силы и способности, которые, в свою очередь, могут обеспечить отыскание новых возможностей выхода из трудной жизненной ситуации. К. п. пытается ответить на пять основных вопросов: 1) в чем суть процесса, возникающего между человеком, оказавшимся в трудной ситуации и обращающимся за помощью (клиентом), и человеком, оказывающим эту помощь (консультантом); 2) каковы должны быть личностные черты, установки, знания и умения консультанта; 3) какие резервы, внутренние силы клиента могут быть актуализированы в процессе консультирования; 4) какие особенности налагает на процесс консультирования особая ситуация, сложившаяся в жизни клиента; 5) каковы те приемы или техника, которые могут быть сознательно использованы консультантом в процессе оказания помощи. К. п. базируется на социальной, клинической и дифференциальной психологии, психологии личности и тестологии. Выбор оснований для конкретной модели консультирования часто связан с более общей теоретической ориентацией — психоаналитической, адлерианской, личностно-центрированной, бихевиоральной, когнитивной и др. К основным моделям и парадигмам консультирования относятся: 1) тренинг жизненных навыков; 2) тренинг человеческих взаимоотношений и коммуникативных навыков; 3) тренинг в решении проблем и принятия решений; 4) тренинг в поддержании здорового образа жизни; 5) ориентация на развитие способностей; 6) помощь в становлении самоидентичности и личностном развитии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.В. Столин

Культура (в психоанализе) — сумма всех достижений и общественных институций, которые отличают жизнь людей от жизни животных и служат двум целям: а) защите человека от природы и б) урегулированию отношений между людьми. Обосновывая феномен К., З. Фрейд писал, что «человеческая культура зиждется на двух началах: на овладении силами природы и на ограничении наших влечений», — и далее: «Скованные рабы несут трон властительницы». Автор психоаналитического подхода отмечает также еще одну специфику К. — «принуждение к труду».

Основанием любого из множества различных определений термина «К.» является отличие природы как таковой и К. как производного от сознательной деятельности и бессознательных аспектов поведения людей. Именно в прочерчивании этой границы и переосмыслении ее складывается философия и социология К., а во второй половине XX в. новое направление в науке — культурология. Это же различие является одним из краеугольных камней психоанализа, т. к. последний изучает не только объективную реальность, но и психическую реальность людей, которые во многих случаях не совпадают.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Медицина доказательная — технология сбора, анализа, синтеза и использования медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные решения по профилактике и лечению заболеваний. М. д. — новый качественный уровень в научном раз-

витии медицины; активно используется не только учеными, но и практикующими врачами всех специальностей, фармацевтами, а также организаторами здравоохранения. Главный смысл М. д. состоит в том, что все достижения фундаментальной науки, современные генные и клеточные технологии и пр. только тогда могут быть использованы в клинической практике, когда экспериментально и теоретически доказана их терапевтическая безопасность. Методы и способы лечения обязательно должны иметь эффективность, доказанную в адекватно организованных исследованиях, т. е. клинических испытаниях. При этом доказательства должны быть убедительны вне зависимости от их источника, т. е. быть объективными. Ведь слово «медицина» имеет своим основанием латинское medicina; близкое к этому слову — латинское слово medicare, которое имеет два значения — «лечить» и «отравлять»; есть и еще одно латинское слово — medicamen, что означает «медикамент» и «яд», «волшебство». Последние два латинских слова — как бы постоянное напоминание о мере ответственности лечащего врача перед его пациентом; корень слова «медицина», индоевропейское med, переводится как «середина», а иногда — как «мера».

Концепция М. д. основывается на методологии клинической эпидемиологии (греч. epidemia — массовое заболевание и logos — учение), в последние годы развившейся в самостоятельную теорию о клинических исследованиях, позволяющих выявлять закономерности распространения клинических явлений, событий и исходов, давать научно обоснованные заключения при минимуме систематических и случайных ошибок. Она руководствуется двумя ключевыми принципами:

- каждое клиническое решение врача должно приниматься с учетом научных данных;
- ценность каждого нового факта тем выше, чем основательнее выработана методика научного исследования.

В контексте М. д. необходимо, используя клинический опыт врача и критичность мышления, педантично учитывать и психологию, и интересы пациентов, особенно когда проводятся исследования. От естествознания медицину отличает то, что она работает не с веществом, полем или информацией, а с человеком, знание о котором не ограничивается только естествознанием, но предполагает социально-гуманитарное измерение.

М. д., осуществляя глубокий анализ воздействия разных условий и факторов (физических, химических, биологических, психических, социальных) на организм человека под углом зрения их переносимости и непереносимости, оптимальной жизнедеятельности, нормы и патологии, разрабатывает особый аспект философского обоснования диалектического единства природного и социального в творческо-созидательной жизнедеятельности человека и всего человечества. Последнее достаточно точно предвидел еще К. Маркс, который писал, что поскольку научное творчество возможно как истинно человеческое отношение к миру, то «впоследствии естествознание включит в себя науку о человеке в такой же мере, в какой наука о человеке включит в себя естествознание: это будет одна наука».

▸ Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 42. С. 124

Ю.М. Хрусталев

Медицинская наука (с позиций философии) — комплекс медико-биологических, клинических и социально-гигиенических дисциплин; развивается на стыке естественнонаучных, социальных и гуманитарных дисциплин. Более 100 лет назад отечественный патолог С.М. Лукьянов писал: «В мире явлений, изучаемом наукой, царят чрезвычайное разнообразие, величайшая пестрота, неугомонная смена форм и состояний. На первый взгляд кажется, будто бы это сущий хаос. Но первый взгляд нас обманывает. К миру явлений подходит наука и показывает нам, что этот мнимый хаос подчинен единообразным железным законам» (Лукьянов С.М. Статьи и речи. СПб., 1899. С. 190). Поэтому основная задача науки — выявлять законы, в соответствии с которыми развиваются явления и процессы в мире.

Медицина, опираясь на биологию и физиологию человека, познает и объясняет структуру и функции всех органов уникального человеческого организма. Однако обобщенный портрет человека, сотворенный отдельными М. н., не соответствует действительности, т. к. научный образ человека от сложения разных данных никак не складывается в целостность. Огромная эмпирия фактов, накопленная отдельными М. н., с трудом поддается целостному комплексному осознанию. К ним еще присоединяются эмпирические и теоретические данные

психологических наук. З. Фрейд (1856–1939) упрекал ученых-медиков: «Медицинские науки приучили нас постоянно во всех явлениях болезни искать причины в их грубо анатомических изменениях в организме, объяснять их химическими или физическими причинами и подходить к ним биологически, но как раз области душевной жизни, в которой находит свое завершение деятельность нашего удивительно сложного организма, вам совершенно не приходилось касаться». Синтетическое знание о человеке рождается не в результате соединения разрозненных эмпирических и теоретических достижений, а в философской интеграции множества обыденных мнений и научных знаний о человеке.

В силу особенностей объекта и предмета медицины как науки она испытывает потребность в ее философском обосновании. Философия служит М. н. мировоззренческой базой и методологической основой интеграции ныне весьма дифференцированных М. н. в единую стройную систему. Системность в М. н. способствует совершенствованию углубляющегося и расширяющегося ее научно-понятийного аппарата. Учитывая, что современная философия переходит от двухмерного (диалектического) взгляда на мир к многомерному (синергетическому), необходимо радикально менять и само научное мировоззрение.

Научное мировоззрение выступает в сознании как обобщенный образ, как понятийная картина мира, которая позволяет охватить мыслью все содержание науки в целом с единой точки зрения и оценить роль и место, в частности, М. н. в этой целостной картине мира. Эта обобщенная картина мира является осмысленной философской моделью части Вселенной, обеспечивающей на основе выработанных учеными принципов понимания (системность, детерминизм, эволюционизм) смысла конкретного знания, в том числе и медицинского. Под влиянием системного подхода преодолевается узость натуралистического, естественнонаучного изучения человека.

М. н. – это единство познавательных, лечебных и ценностных форм. В ней аккумулируются знания о болезнях и здоровье человека, лечении и профилактике, норме и патологии, о патогенном и саногенном влиянии на него природных и социокультурных условий и факторов. Современный период в развитии научной медицины противоречив и неопределенен. Практически во всех сферах медицины происходит глубокая переоценка прежних ее идеалов и духовных ценностей. Биоэтика, доказательная медицина и многие другие ее направления в настоящий период сориентированы на «суверенитет комплексного человека», его биопсихосоциальную целостность, изучаемую в едином комплексе естественнонаучных, политико-экономических, социально-культурных, психологических, философских знаний. Все науки о человеке опираются на диалектическое единство системно-структурного и эволюционно-генетического подходов.

Ныне М. н. претерпевает и процесс глубоких научно-технических и технологических преобразований, оснащается новой техникой, овладевает новыми технологиями, становясь все более чувствительной к философско-методологическим и этическим проблемам врачевания. Ведущими тенденциями в развитии современной медицины стали и такие факторы, как: ее социологизация, гуманизация, экологизация, технологизация и т. д. Человечество вступает в золотой век биотехнологии и биомедицины. Современная биомедицина, сделав первые шаги, уже достигла немалых успехов. Однако пока не гарантированы последствия биомедицинских экспериментов на животных и на самом человеке. Есть проблемы с трансплантацией человеческих органов, искусственным оплодотворением, проведением абортов и др. В мире дискуссируют и по поводу якобы профессиональной обязанности медиков облегчать участь безнадежно больных, т. е. помогать наступлению у них легкой смерти (эвтаназия). Это актуализировало морально-нравственные проблемы не только в медицине, но и во всей системе здравоохранения.

Задача состоит в том, чтобы систематизировать и философски осмыслить все открытия, сделанные в лоне науки и связанные непосредственно с человеческой природой.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; *Фрейд З.* Лекции по введению в психоанализ. М., 1922. Т. 1. С. 26; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Медицинская педагогика – междисциплинарная область теории и практики клинической психологии,

возникшая на основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. Обучение клиента используется клиническим психологом в контексте психотерапевтической работы с ним. Пациент с хроническим заболеванием, посещающий специальные занятия в лечебно-профилактическом учреждении, должен понимать суть диагноза своего заболевания, цели лечения, представлять его результат, характер и преимущества назначенных ему препаратов и процедур (это повышает вероятность выполнения им врачебных рекомендаций). Пациента обучают выполнять эти рекомендации (иначе он может хотеть, но не суметь их реализовать). В письменные руководства для пациентов вносятся планы самоконтроля, которые содержат четкие предписания о том, что и в каких случаях надо предпринимать (пациентам вручаются специальные брошюры с планами самоконтроля своего состояния). Чтобы усилить эффект устных рекомендаций, предлагаются аудио- и видеозаписи.

Успех обучения зависит от умения сформировать у пациента учебную мотивацию, уверенность в своих возможностях, направленность на восприятие новой информации, от умения вовлечь больного в тренировку навыков самоконтроля. Для этого используют разнообразные педагогические приемы, направленные на усвоение и закрепление знаний и умений. Обучение должно отвечать запросам каждого обучаемого, соответствовать его потребностям, не противоречить идеалам и ценностям. Значение предоставляемой информации должно осознаваться человеком, органично сочетаться с его индивидуальными целями, в противном случае информация будет сознательно или бессознательно им отвергнута. Личное осознание целей, задач и возможностей их реализации пациентом должно быть постоянным. В конце каждого занятия обучающиеся дают свою оценку тому, что они делали в течение занятия, насколько это занятие было эффективным для достижения цели. Процесс обучения должен быть оптимальным по времени и по объему информации, а сложность обучения — соответствовать возможностям обучаемых (лучше повторить занятие, чем оставить что-то неусвоенным и перейти к следующему этапу). Необходимо чередовать усвоение теоретического материала, практическую работу и отдых (перерывы). Обучение должно оставлять чувство непрерывности: занятия дополняются индивидуальным выполнением домашних заданий. Каждая новая информация базируется на уже усвоенных знаниях и умениях, предполагает продолжение обращения к ней на последующих занятиях.

Процесс обучения сочетается с самонаблюдением, самоконтролем, осознанием ответственности за результаты. Чем больше обучение имеет позитивных последствий для личности, чем больше оно приносит пользы, удовлетворения, тем оно эффективнее. Предпочтительной стратегией преподавателя является заострение внимания на успехах, поощрение инициативы. В процесс обучения следует включать все репрезентативные системы человека, использовать яркий иллюстративный материал, понятные схемы, аудиоматериал. Групповые формы обучения (по 5–7 человек) способствуют использованию закономерностей викарного научения.

Обучение часто бывает направлено на модификацию поведения пациента, поскольку многие болезни цивилизации связывают с поведением человека. В связи с этим во всем мире активно изучается поведение, связанное со здоровьем (ПСЗ), чтобы сделать процесс управляемым. Выделяют следующие его детерминанты: персональные (когнитивные, личностные характеристики, стиль жизни), семейные, социальные (групповые характеристики поведения, связанного со здоровьем; поддержка социума, «сети» социальной поддержки; социальные роли и др.).

Зарубежные исследователи здорового образа жизни отмечают, что профилактика заболеваний, сохранение и укрепление здоровья индивида могут быть реализованы через изменение образа жизни и поведения. H. Elrick (1980) и I. McDowell (1984) считают, что эффективность профилактического воздействия напрямую связана с умением изменить поведение, влияющее на здоровье. J. Reinertsen (1983) утверждает, что устранение поведения, приводящего к нездоровью, снижает риск заболевания на 50 %. Ch. Williams (1980) подчеркивает, что здоровое поведение должно формироваться с раннего детства, причем начинать надо с беременной матери, ибо ошибки в ее поведении могут пагубно отразиться в дальнейшем на здоровье ребенка. Основная цель деятельности по сохранению и укреплению здоровья, по мнению S. deVore (1981), заключается в развитии

у пациента способности самостоятельно принимать оптимальные решения в области здорового поведения и профилактики заболеваний. Полезно максимально активное включение человека в деятельность, что позволяет закрепить его позитивные мотивы и нацелить на «самообеспечение собственного здоровья».

В России на протяжении последних десятилетий расширяется сеть школ здоровья для разных групп населения, разрабатываются технологии психологического сопровождения их функционирования (Творогова Н.Д., 1996; Творогова Н.Д., Спивак И.М., 2003; Творогова Н.Д., Мельниченко Г.А., 2013), систематически проводятся конференции с международным участием по инклюзивному обучению.

▸ Диабетологическая образовательная программа (DEP) для врачей эндокринологов-диабетологов по проблемам сахарного диабета II типа: сб. лекций / Под ред. И.И. Дедова. М., 1995; Информационные письма № 1–16. Исследовательская группа по обучению больных диабетом Европейской Ассоциации по исследованию диабета. Русское издание. М., 1998–1999; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Творогова Н.Д.* Модели модификации поведения в школах здоровья // Материалы съезда психологов РПО. М., 2007; *Творогова Н.Д.* Поведение в направлении здоровья // Форум «Здоровье нации — основа процветания России». М.: МГУ, 2007. Т. 2. С. 133–137; *Творогова Н.Д., Мельниченко Г.А.* Переориентация поведения на занятиях школы сахарного диабета. Реабилитация и профилактика — 2013 // Сб. тезисов науч. конф. с междунар. участием. М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. 324 с. С. 264–267; Творогова Н.Д. Медицинская педагогика// Медицинская помощь. 1998. № 5

Н.Д. Творогова

Медицинская психология (лат. medietas – врачебный, лечебный) – 1) отрасль психологии, использующая психологические закономерности, механизмы в профилактике, диагностике, лечении заболеваний, в реабилитации пациентов. М. п. изучает деятельность врача, медицинского персонала, их отношение к пациенту, психологию больного человека и его взаимоотношения с себе подобными, роль психических факторов в возникновении психосоматических заболеваний, ятрогении, психологический климат лечебно-профилактических учреждений; 2) раздел клинической психологии, связанный с профессиональной практикой и оказанием услуг пациентам с физическими, психическими заболеваниями, часто в условиях стационара. Основные области интересов – психическое здоровье, психосоматические заболевания, реакции и отношение личности к своему психическому и физическому состоянию, вопросы профилактики, лечения и реабилитации пациента, решение различных задач психологической экспертизы.

В М. п. традиционно выделяют две основные области: 1) применение психологии в клинике нервно-психических заболеваний, где основной проблемой является изучение влияния на психику больного изменений структуры и функционирования мозга, обусловленных прижизненно приобретенной патологией либо врожденными, в частности генетическими, аномалиями. Данная область в отечественной психологии представлена двумя научными направлениями – нейропсихологией (Лурия А.Р.) и экспериментальной патопсихологией (Зейгарник Б.В.); 2) применение психологии в клинике соматических заболеваний, где основная проблема – влияние психических состояний (факторов) на соматические процессы; данное направление представлено научной дисциплиной – психосоматика.

В настоящее время применение психологии в медицине разнообразно: это и традиционные направления медицинской психологии, и психологическое сопровождение работы школ здоровья, профессиональной деятельности медицинского работника и фармацевта, применение психологии в семейной медицине, управлении лечебно-профилактическими учреждениями, медицинском и фармацевтическом образовании (в подготовке медсестер с высшим образованием, менеджеров здоровья, семейных врачей, военных врачей и др.), организации групп поддержки, проведение балинтовских групп с врачами и медсестрами, участие психологов в программах по поддержанию общественного здоровья и пр.

М. п., находясь в тесной взаимосвязи с клинической психологией (новой психологической специальностью), развивается на границе психологии и медицины.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Медицинские знания (в философии) — широкий диапазон представлений (образов и понятий) о человеке, его организме и психике. М. з. включают общие закономерности патологических процессов, их главные черты, индивидуальные особенности организма, специфические условия окружающей среды, методы исследования (клинические, морфологические, функциональные) и т. п. В многовековой истории борьбы с болезнями человека, за укрепление его здоровья от доисторических времен и до наших дней прослеживается единая генеральная линия накопления М. з. — непрерывное поступательное движение от самых общих взглядов и представлений о характере болезней человека, основывающихся на наблюдении врачей за их клиническим течением, ко все более глубокому пониманию сущности патологических процессов как результату научных исследований и философских обобщений.

С развитием физики, химии, биологии, физиологии М. з. получили глубокое научное обоснование. Медицина заимствует фундаментальные и прикладные знания о природе, обществе, человеке. Атрибуты научности в современной медицине органично связаны с использованием данных естественнонаучных и социально-гуманитарных дисциплин. Само зарождение научного познания неотделимо от осознанного целенаправленного конструирования абстрактной реальности (знаний) и действий с ее объектами, соотносимыми с предметной практикой. Своеобразно изменяется соотношение между знанием и умением в медицине: на протяжении многих веков медицина больше умела, чем знала; в настоящее время знание, как правило, предшествует умению, т. е. практическому использованию. Медицина как практическая наука начинается с введения некоторого набора абстрактных объектов (здоровье и болезнь, мера и норма в медицине, этиология, диалектика соотношения структуры и функции в медицине и т. д.) и выстраивания логичных операций с этими объектами. Общий принцип медицины (любая болезнь — это реакция организма на его повреждение), выведенный С.П. Боткиным и И.П. Павловым, имеет смысл, только если определенный смысл имеют содержащиеся в нем всеобщие понятия типа: болезнь, повреждение, реакция, организм и т. д. Все эти смыслы суть базовые понятия медицины. Врач и философ медицины И.В. Давыдовский (1887–1968) отмечал: «Нужно глубже, в биологическом аспекте осмыслить медицинские понятия и категории. Это, а также параллельное знакомство с философскими основаниями диалектического материализма подскажет, где искать правильных обобщений, т. е. законов, отражающих сущность явлений» (Вестник АМН СССР. 1962. № 4. С. 35). Также и фармация приобретает черты систематизированного научного знания с появлением у нее таких абстрактных объектов, как «лекарство и яд», «витамины», «метаболиты» и т. п. и т. д., с которыми мыслящий субъект (врач и фармацевт) оперирует по определенным принципам.

В прошлом болезни человека были во многом результатом негативного воздействия естественной природы. Ныне все более возрастает роль негативных социальных и преобразованных природных факторов в возникновении болезней. Усиливается процесс социализации болезней, особенно их этиологии. Возрастает удельный вес весьма негативных, патогенных психоэмоциональных, стрессогенных факторов в этиологии болезней.

Современная медицина представляет собой интегрированный комплекс, вовлекающий в свою орбиту разнообразные, нередко далекие друг от друга области научного познания. Каждая из них имеет свой предмет, задаваемый соответствующей ему системой исходных абстракций и допущений, специфический набор общих методов и средств его исследования. Поэтому любой врач, стремящийся осмыслить и понять сам процесс и результативность своей деятельности как гуманитарного служения людям, сталкивается с целым комплексом эпистемологических, методологических и логических вопросов. Речь идет о таких факторах в его мышлении, как соотношение рационального и чувственного, объективного и субъективного, дискурсивного и интуитивного, творческого и репродуктивного и даже экономического и политического. В итоге философская культура врачей становится сегодня важнейшим условием дальнейшего прогресса научной и практической медицины, М.з.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Метапсихология (в психоанализе) — общая система понятий и принципов, в соответствии с которой исследуется и описывается психическая деятельность человека, как в норме, так и в патологии, а также механизмы ее функционирования. В этом отношении М. играет такую же роль, как и любая другая общая теория в той или иной области знания (в философии, физике, химии и т. д.), т. е.представляет собой систему идей, концепций, постулатов и связанных с ними законов и гипотез.

До появления М. основным направлением развития психологии, как и в других классических науках, являлся экспериментальный метод, с помощью которого изучались преимущественно внешние (поведенческие) феномены — скорость и пороги зрительного и слухового восприятия, скорость и точность двигательных реакций, объем внимания и памяти, а также некоторые (также внешние) характеристики интеллектуальных процессов. Характерно, что все эти внешние феномены изучались и интерпретировались как функции головного мозга. При этом ряд выдающихся медиков вообще отрицали возможность изучения процессов мышления, сознания и бессознательных процессов, мотивации, внутренних переживаний, сновидений, чувств и влечений, и всего, что именовалось субъективным, ввиду его недоступности для непосредственного наблюдения, объективного измерения и повторения результатов опытов в стандартных условиях, как того требовала академическая наука.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Научно-медицинская философия — теоретическое самосознание человека, которое возникает в результате осознания им личного интереса и ответственности за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья других людей. Предполагает: а) владение научно-медицинской мудростью, основанной на знании и умении бороться за физическое и психическое здоровье людей; б) метафизическое размышление о природе науки, медицины, постигающих феномен человека, его социальноактивную и творческо-созидательную жизнедеятельность; в) уникальное мировоззрение и оригинальное мышление, которые развиваются в сопряжении философии медицины с дисциплинарными областями медико-биологических наук. В современной жизни это область метафизических изысканий, предметом которых является человек, его жизнь, проблемы укрепления здоровья. В широком смысле слова этот термин означает достаточно разнородные, но остающиеся в пределах рационального дискурса суждения относительно наиболее общих оснований научной медицины, ее границ и возможностей, тенденций и перспектив развития.

Н. м. ф. в современной философии науки — новая область критичного переосмысления наиболее общих научных понятий, применяемых в современной медицине. Важное преимущество этой философии состоит в том, что она опирается не только на науку, но и на огромный массив вненаучных знаний в области борьбы людей за здоровье, раскрывает сложность понятия «человек», направлена прежде всего на аксиологическую оценку ее воздействия на общество, культуру и конкретного человека, озабоченного сохранением и укреплением своего здоровья и общественного здоровья в современной техногенной эпохе.

Современная медицина нуждается не только в своей философии — философии медицины, но и сама может стать медицинской философией. Примечательно в этом отношении замечание крупнейшего отечественного ученого-медика и философа медицины И.В. Давыдовского (1887–1968): «Возникает дилемма: или звать философов на помощь, или самим медикам философски осмыслить накопленный материал. Философская разработка медицинских (правильнее, медико-биологических) проблем возможна только тогда, когда сами медики возьмутся за это. Не следует философов делать арбитрами в теоретической медицине. Не следует также полагать, что медицинские проблемы можно механически нанизать на те или иные философские категории. Нужно глубже, в философском аспекте осмыслить медицинские проблемы». Знакомство с философскими учениями великих врачей позволяет расширять и углублять понимание природной сущности и социокультурной ценности человека. Это встречное диалектико-мыслительное движение — от абстрактной философии к медицине и от медико-биологической науки к философии — определяет метафизический смысл Н. м. ф.

Отечественные философы медицины (Пирогов Н.И., Сеченов И.М., Павлов И.П., Анохин П.К., Давыдовский И.В., Саркисов Д.С. и мн. др.) полагали, что медицинская философия призвана быть критической совестью всего здравоохранения. Н. м. ф. дает свое уникальное видение мира и свои ценности в результате способности мыслить по-особенному. Она расширяет границы общественного сознания. Постижение человеческой самости как природного и культурно-нравственного существа, разработка научно-методологического способа клинического мышления, критическое философское осмысление фактически всех социальных и важнейших природных явлений – вот далеко не полный перечень проблем, которые ставит эта философия.

К современным философским проблемам медицины следует отнестись со всей научной скрупулезностью, ибо они сами нуждаются в глубокой модификации, т. к. в прошлом исследовались пристрастно, вне определенной системы, по частям, с неким предпочтением к общефилософским интересам. Поэтому введение понятия «медицинская философия» сегодня закономерно, ибо она представляет собой особенную (частную) область философских изысканий о сохранении первозданной жизни и здоровья человека, о раскрытии и стимулировании его активного творческого потенциала. Медицинская философия становится фактически существенной частью почти всех известных философских систем и школ, осмысливающих проблему бытия человека и его творческо-созидательную жизнедеятельность. Это в широком смысле слова означает разнородные, но остающиеся в пределах рационального дискурса суждения относительно уникальности жизнедеятельности человека, укрепления его здоровья и борьбы с различными заболеваниями биосоциального и психосоматического свойства.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992; Вестник АМН СССР. 1962. № 4. С. 35

Ю.М. Хрусталев

Нейролингвистика – отрасль психологической науки, стоящая на границе психологии, неврологии и лингвистики и изучающая мозговые механизмы речевой деятельности и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях головного мозга. Первые исследования в области Н. относятся ко второй половине XIX – началу XX вв., когда на основе неврологических и патологоанатомических данных и лингвистического описания нарушений речи были созданы первые классификации афазий. Для этого периода развития Н. характерны недооценка роли психологии в изучении речевых процессов, простое приурочивание речевых симптомов к мозговым структурам.

Подлинное становление Н. связано с развитием нейропсихологии, с одной стороны, и функциональной и порождающей лингвистики и психолингвистики – с другой. В соответствии с представлениями, развиваемыми в нейропсихологии, Н. рассматривает речь как системную функцию, а афазию – как системное нарушение, которое складывается из первичного дефекта и вторичных нарушений, возникающих вследствие воздействия первичного дефекта, а также функциональных перестроек деятельности мозга, направленных на компенсацию нарушенной функции. Этот подход был реализован в работах А.Р. Лурии и его учеников, объединивших системный анализ речевых нарушений с теоретическими представлениями лингвистики и психолингвистики (например, учением о фонеме И.А. Бодуэна де Куртенэ, Н.С. Трубецкого и Л.В. Щербы и представлением о двух видах связи языковых элементов Ф. де Соссюра, Р.О. Якобсона и др.).

Нейролингвистические исследования позволили разделить все афазические нарушения на два класса с учетом первичных факторов: 1) расстройства парадигматических связей языковых элементов, возникающие при поражении задних отделов речевой зоны доминантного полушария (у правшей) и характеризующиеся нарушением выбора языковых элементов; 2) расстройства синтагматических связей языковых элементов, возникающие при поражении передних отделов речевой коры и характеризующиеся дефектами комбинирования элементов в целостные структуры.

В современной Н. объект исследования расширился, в нее входят не только исследования патологии речи, но и исследования нормы. Это связано с расширением методов исследования, дихотического прослушивания, унилатерального предъявления зрительных стимулов, разработкой иссле-

дований речевых процессов в ходе их выполнения (онлайн-методы). В современной Н. выявляются два направления. Для первого – когнитивно-психологического – характерен анализ речевых нарушений без обращения к локализации поражения. Второй подход – структурно-функциональный – близок взглядам А.Р. Лурии. Он получил широкое распространение в связи с появлением новых методов нейровизуализации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Т.В. Ахутина

Нейропсихология – отрасль психологической науки, изучающая мозговую организацию высших психических функций, эмоционально-личностной сферы человека на материале локальных поражений головного мозга и других заболеваний ЦНС, а также на материале сравнительного исследования здоровых лиц. Н. сложилась на стыке нескольких дисциплин: психологии, медицины (нейрохирургии, неврологии) и физиологии. А.Р. Лурия – основоположник Н., развивая идеи Л.С. Выготского о системном строении высших психических функций, разработал теорию системной динамической локализации психических процессов, являющуюся теоретической основой Н. В Н. используется синдромный анализ нарушений высших психических функций и эмоционально-личностной сферы, направленный на их качественную квалификацию и топический диагноз поражений мозга. Для синдромного анализа в Н. используются методы, разработанные А.Р. Лурией, которые представляют собой набор специальных проб, адресующихся к различным познавательным процессам (разным видам восприятия, памяти, мышления, речи), а также к произвольным движениям и действиям. С помощью этих методов изучены различные нейропсихологические синдромы – закономерные сочетания нарушений высших психических функций при поражении различных мозговых структур. Современная Н. подразделяется на ряд направлений. Клиническая Н. изучает особенности нейропсихологических синдромов при поражении различных мозговых структур левого и правого полушарий (коры больших полушарий и подкорковых образований), связь нейропсихологического синдрома с нейропсихологическим фактором, генезом заболевания (опухоль, травма, сосудистое поражение и др.) и преморбидом больного (пол, возраст, правшество-левшество и др.). Экспериментальная Н. исследует формы нарушения различных психических процессов, эмоциональных состояний и личности больного с помощью методов современной экспериментальной психологии. Реабилитационная Н. изучает механизмы восстановления высших психических функций и личности больного с помощью специальных методов восстановительного обучения. Психофизиологическое направление изучает физиологические механизмы нарушений высших психических функций и эмоционально-личностной сферы при локальных поражениях мозга методами психофизиологии. Н. детского возраста исследует особенности нарушений психических процессов и их компенсации у детей разного возраста с помощью специальных нейропсихологических методов, адаптированных к детскому возрасту. Н. индивидуальных различий (или дифференциальная Н.) анализирует особенности протекания психических функций и эмоционально-личностной сферы у здоровых лиц (детей, взрослых) на основании нейропсихологических представлений о мозге как субстрате психических процессов; изучает связь психологического статуса с межполушарной организацией мозга. Формируются и другие направления: Н. позднего возраста, Н. пограничных состояний, фармакологическая Н. и др.

Н. имеет большое значение для разработки различных общепсихологических проблем («мозг и психика», «биологические и социальные детерминанты психики», «уровневая организация психических функций» и др.) и практики (диагностической, реабилитационной и т. п.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Неопсихоанализ (греч. neos – новый и «психоанализ») – 1) психоаналитически ориентированное направление в психологии и психотерапии, включающее синтез различных областей психоанализа в целях комплексного объяснения неврозов (в том числе динамического взаимодействия влечения и вытеснения) и их современной терапии.

Как направление глубинной психологии Н. сформировался в 50-х гг. XX в. на основе идей и теорий

Г. Шульц-Генке и его последователей, активно исследовавших проблемы психиатрии (главным образом шизофрении) и психоаналитической терапии.

На основе критического исследования языка психоанализа была показана настоятельная необходимость решительного перехода от метафор к научной терминологии. Провозглашены отказ от теории либидо и переход к реалистическим рабочим гипотезам. Исследована роль политико-экономических факторов как основы невротического развития. Особое внимание в Н. уделяется исследованию ряда потребностей и побуждений и природы их переживания. Значительным результатом неопсихоаналитических исследований стало открытие того, что возникновение любой потребности сопряжено с появлением противоположных противодействующих импульсов. Существенно важным моментом неопсихоаналитического понимания фундаментальных психоаналитических проблем стало утверждение, что вытеснение является частным случаем торможения. Наибольшее распространение Н. получил в Германии;

2) иногда понятие «неопсихоанализ» используется для общего обозначения различных новых и новейших течений в психоанализе, преимущественно ориентированных на исследование различных аспектов психотерапевтических проблем.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Неофрейдизм (греч. neos — новый и «фрейдизм») — направление в современной психологии, развившееся из ортодоксального фрейдизма в процессе его культурологической и социологической реформации. Лидеры Н. — К. Хорни, Г. Салливен, Э. Фромм и др. — подвергли критике некоторые фундаментальные биологические и психологические подходы и утверждения З. Фрейда и намеренно акцентировали роль социальных и культурных детерминант в жизнедеятельности личности и общества. Разнообразные теории и концепции неофрейдистов содействовали распространению психоаналитической ориентации и внедрению комплекса психоаналитических представлений в различные сферы общественной жизни. Как направление Н. сформировался в 30-х гг. XX в. в США и с тех пор пользуется популярностью и влиянием.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Норма, здоровье и болезнь (в философии) — базовые, фундаментальные понятия, наиболее общие по сравнению со всеми другими понятиями медицины; используются в медико-биологических науках и в гуманитарных дисциплинах. Указанные понятия имеют и особый философско-методологический аспект. Содержание этих понятий нуждается в философском осмыслении с точки зрения их диалектического единства.

Физиологическое и патологическое, норма и болезнь — это противоречивые проявления жизни как глобального или планетарного явления. Каждое из этих двух состояний и проявлений жизни (если рассматривать их как самостоятельно и объективно существующие) имеет свою качественную специфику и своеобразие. Однако при наличии всеобщей взаимосвязи и взаимообусловленности явлений и процессов, происходящих в мире, даже весьма диаметрально противоположные из них имеют нечто общее, родственное, взаимопереходящее друг в друга, т. е. норму или порядок.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Общение и речь в контексте теории деятельности (в социальной психологии и нейропсихологии). Как показали нейропсихологические исследования, при разных формах афазии и, следовательно, разных по локализации очагах поражения мозга имеют место первичные и вторичные нарушения деятельности общения, а также может наблюдаться ее сохранность, несмотря на нарушение речи.

Термины «общение» и «коммуникация» первоначально рассматривались как синонимы, и только позже «коммуникация» стала определяться как передача информации («Большая советская энциклопедия»). Впервые термин «коммуникация» в отечественных словарных справочниках появился в словаре Даля (1863 г.) и обозначен как полная калька с французского термина, в переводе обозначающего «пути, дороги».

Направленное исследование понятия «общение» началось сравнительно недавно, сначала — в философских и педагогических науках, и позже — в психологии, психолингвистике и др. Одним из первых психологов, который ввел понятие и термин «обще-

ние» в психологический словарь, был К.К. Платонов; он определил его как осознанные связи людей, входящих в любую человеческую общность (понятие «коммуникация» в этом словаре отсутствует). Активное изучение понятия «общение» в отечественной психологии началось в 70–80 гг. XX века. Поскольку общение рассматривалось как процесс сложный, многозначный и многомерный, то ни у кого не вызывал сомнения тот факт, что его виды, структуру можно систематизировать по самым разным основаниям. В последние десятилетия прошлого века в нашей стране стали чаще издаваться справочные издания под редакцией ведущих отечественных психологов (Лурии А.Р., Петровского А.В., Ломова Б.Ф., Давыдова В.В., Зинченко В.Н., Матюшкина А.А. и др.). В этих словарных изданиях дается определение общения либо отдельно от коммуникации, либо эти термины рассматриваются как синонимы. Для того времени интерес представляет исследование и определение общения в работах Б.Ф. Ломова, который ввел понятие «общение» в категорию деятельности, выделил и описал три класса функций общения (коммуникация им рассматривалась то вместе с общением, то отдельно).

Общение в отечественной психологии и психолингвистике как один из видов деятельности было в центре научного исследования таких ученых, как Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.Р. Лурия, А.А. Леонтьев и др. Они подходили к анализу этой деятельности через ее тесную связь с речью, рассматривая речь то как саму деятельность общения, то как средство общения, например: а) в работах С.Л. Рубинштейна речь – это деятельность общения, воздействие на других людей и на себя, сообщение; б) Л.С. Выготский рассматривал речь как средство социального общения, средство высказывания и понимания; в) речь, как утверждал А.Н. Леонтьев, не прилагается к жизни и к совместной деятельности общества, социальной группы, а является одним из средств, конституирующих эту деятельность, в том числе и деятельность общения; г) А.Н. Леонтьев и А.А. Леонтьев считали, что речь – это деятельность (важнейшая характеристика речи), прежде всего деятельность общения; д) А.А. Леонтьев в своих психолингвистических исследованиях писал, что речь является не просто деятельностью общения, а что речевой акт всегда есть установление соответствия между деятельностями, из которых одной из важнейших является деятельность общения (коммуникацию он рассматривал как одну из функций общения, обеспечивающую прием и передачу информации, благодаря которой общение насыщается содержанием).

Если подойти к речи с позиции ее генетического и исторического происхождения, то на этом пути открываются другие структурные и функциональные соотношения между речью и общением. Первоначально речь выступает не как деятельность общения, а как результат деятельности (в частности, трудовой) людей и их взаимодействия, и только в этой деятельности и взаимодействии людей речь и приобретает специальную функцию общения, которая реализуется в двух видах – в сообщении и воздействии на других. А уже потом и поэтому речь приобретает другие функции – регулирования, планирования и контроля собственной деятельности человека (Цветкова Л.С., 2002).

В нейропсихологических исследованиях нарушения и восстановления речи, общения также обнаружен факт взаимодействия речи и общения, находящихся в соподчинении друг к другу. Между ними тесное, но очень сложное взаимодействие, как структурное, так и функциональное (Лурия А.Р., Цветкова Л.С., 1966, 1973; Цветкова Л.С., 1995, 2002). К такому пониманию исследователи пришли на основании экспериментального нейропсихологического исследования нарушений высших психических функций, в том числе и речи при афазии. Общение как деятельность имеет в своем составе кроме речи и такие невербальные средства, как мимика (движение и выражение глаз, движения бровей и др.), жесты (движение рук), проксемика (движения тела), интонация, голосовые реакции, пение и др. Эти средства при сохранной речи и хорошем владении мимикой, жестами и проксемикой усиливают и уточняют содержание и смысл речи, а также иногда выражают отношение говорящего и слушающего к высказыванию; они могут служить и «украшением» вербального общения. При нарушениях речи невербальные средства в своем единстве выступают как самостоятельные средства общения, выполняя функции контакта, коммуникации (передачи информации).

Употребление субъектом речи (как средства общения) используется для достижения им той или иной цели в процессе общения. Речь, высказывание

не осуществляется без мотива, намерений, интенций и активности – вне контекста деятельности общения. Такое представление об общении и речи было получено в нейропсихологических исследованиях: во-первых, не все формы афазии, несмотря на нарушения речи, ведут к первичному нарушению общения, во-вторых, деятельность общения нарушается и при сохранности речи, в-третьих, общение нарушается при личностных расстройствах, казалось бы, при полной сохранности речи таких пациентов.

При разных формах афазии и, следовательно, разных по локализации очагах поражения мозга имеет место первичное нарушение общения, вторичное и его сохранность, несмотря на нарушение речи.

Так, при динамической афазии (нарушение верхне-задних отделов лобной коры мозга) речь сохранна. Однако больные не пользуются ею, и общение как деятельность при этой форме патологии грубо нарушается. В качестве психологического фактора, приводящего к динамической афазии и нарушению общения, выступает нарушение личности, при котором нарушены мотив, намерения, отсутствует цель, нарушена активность личности. При преодолении этих дефектов в процессе восстановительного обучения обнаруживается, что у таких пациентов речь сохранна, а нарушена личность, ее активность.

Противоположная картина нарушения речи и состояния деятельности общения прослеживается при семантической афазии, возникающей при поражении зоны ТРО (Temporalis-Parietalis-Occipitalis). В этом случае у больного первично деятельность общения сохранна: личность, потребность (она даже усиливается) и мотивы общения, намерения, общая активность. Активность деятельности общения проявляется в усилении невербальных средств общения. В основе вторичного нарушения общения в этом случае лежит первичное нарушение семантики языка и речи. Эта форма афазии указывает на важнейшую роль речи как одного из средств общения. Однако основным условием реализации деятельности общения стала сохранность личности больного, его общей и речевой активности – именно то, что нарушено при динамической афазии. При семантической афазии первично нарушена речь, а общение – контакт, коммуникация (только как прием и понимание информации, но не ее вербальная передача) – сохранено.

Л.С. Выготский писал, что звук, оторванный от мысли, от значения, перестает быть звуком человеческой речи, что общение основано не только на намеренной передаче информации, прежде всего мыслей и переживаний, но и на их понимании. Все это требует определенных средств; таким средством в речи является семантика – сохранность (или нарушение) предметной отнесенности слова, его значения и смысла. Речь, являющаяся главным средством общения человека, должна быть сохранена не только со стороны сенсомоторной, но и со стороны семантики, которая и несет мысль. Возвращаясь к указанным выше формам афазии, следует отметить, что в тех ее формах, при которых речь, казалось, полностью сохранена (динамическая афазия), при нейропсихологическом исследовании обнаруживается нарушение в семантике, а именно нарушение смысла, которое, как показывает восстановительное обучение, часто включено в синдром нарушения личности таких больных. При семантической афазии нарушается понимание значения логико-грамматической стороны речи, что вторично влияет на содержание общения, делая его в речевом плане или грубо нарушенным, или затрудненным. При поражениях лобных долей мозга речь формально сохранена со стороны сенсомоторной ее составляющей, но со стороны семантики она грубо нарушена из-за дефектов понимания смысла, но при этом способность говорить сохранена, а общение нарушается из-за нарушений приема и передачи смысла сообщения, в основе которого лежат дефекты личности и мышления. Поэтому следует говорить о речи не только как о средстве общения, но и как о самостоятельной сложной деятельности, тесно связанной с общением и мышлением. Впрочем, и полноценное общение не может протекать без участия мышления (существуют, конечно, и такие виды речи и общения, которые не нуждаются в мышлении, но это уже самостоятельный вопрос). Таким образом, обнаруживается значимое участие в деятельности общения не только сенсомоторной – произносительной (экспрессивной) стороны речи, но и ее семантики; вместе они участвуют в формировании и передаче мысли; это указывает на взаимосвязь мыслительной деятельности и деятельности общения. Высшие формы общения и возможны только благодаря тому, что человек с помощью мышления обобщенно отражает действительность (Выготский Л.С.).

Трудности и нарушения в общении клиента требуют от психолога: а) самоопределения в выборе теоретической модели общения, на которую он ориентируется; б) проведения специального психодиагностического обследования; в) анализа полученных результатов в контексте выбранной теоретической модели; г) разработки индивидуальной программы психологического вмешательства; д) его компетентного осуществления с целью коррекции возникших трудностей (нарушений) в общении; е) оценки эффективности проведенного психологического вмешательства (в частности, эффективности восстановительного обучения); ж) в случае возникшей необходимости – внесения коррективов в теоретическую модель общения (отдельного его вида, формы и пр.).

▸ *Лурия А.Р., Цветкова Л.С.* Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966; *Цветкова Л.С.* Афазиология — современные проблемы и пути их решения. М., 2002; *Цветкова Л.С.* Восстановление высших психических функций. М., 2004; *Цветкова Л.С.* Нарушения общения при органических поражениях коры головного мозга // Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А.А. Бодалева. М.: Когито-Центр, 2015. С. 483–484

Л.С. Цветкова

Общественное здравоохранение – система охраны здоровья, ориентированная как на здоровье популяции и общин, так и на индивидуальное здоровье, а также на деятельность конкретного работника и организаций в контексте этой системы. О. з. предполагает обязательное взаимодействие учреждений медицинских (лечебно-профилактических, фармацевтических), образовательных, научно-исследовательских, информационных служб, управленческих органов (министерств, ведомств и пр.), добровольных организаций (ассоциаций), медицинских страховых компаний, частной медицинской и психологической практики и т. п. В настоящее время О. з. – это комплексная научная дисциплина и сфера практической деятельности, включающая разные виды индивидуальной, групповой и государственной деятельности. Основное предназначение О. з. – управление общественным здоровьем, изменение в направлении поддержания здоровья, поведенческих стереотипов населения через просвещение, консультации, пропаганду, поощрение здорового образа жизни. Общая цель программ: формирование компетентности личности и общности в сфере здоровья, привлечение самих граждан к процессу укрепления своего здоровья.

В конкретные цели программ может входить, например, улучшение качества жизни населения. Качество жизни обычно описывается ценностными установками, мироощущением индивидуума. Впервые термин «качество жизни» появился в западногерманской и американской социологии при обсуждении проблем индустриального и постиндустриального общества. В последнее время встречаются различные формулировки понятия «качество жизни». Отечественные исследователи чаще под ним понимают качественную сторону жизнедеятельности, отношение человека к условиям жизни, в том числе к своему доходу, жилищным условиям, к числу больниц и пр. Понятие «уровень жизни» характеризует количественную сторону условий жизни (например, доход в денежном выражении, квадратные метры жилой площади, число больниц и пр.). Под укладом жизни понимают тот порядок, в рамках которого происходит жизнедеятельность людей, он зависит от национальных традиций, религии. Стиль жизни – это индивидуальные особенности поведения. Понятие «образ жизни» включает в себя качество жизни, а также уровень, уклад, стиль жизни.

Принципы общественного здравоохранения: профилактический, мультидисциплинарный, интегративный, ориентированный на цель.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

К.В. Кулешова

Объектных отношений теория (объект-теория) – система психоаналитических представлений о личности, основанная на постулате, согласно которому доминирующей потребностью субъекта является потребность в отношениях с объектом; при этом «объект» в психоанализе – это почти всегда человек. О. о. т. представляет развитие личности как процесс переработки опыта взаимодействия субъекта с окружающим миром (внешними объектами). Именно опыт взаимодействия с объектами считается важнейшим фактором формирования идентичности субъекта и эволюции его внутрипсихических структур.

Объекты бывают: а) внешними (если субъект осознает их как внешние по отношению к себе); б) внутренними (возникают путем интроекции внешних объектов и локализуются во внутренней психической реальности субъекта, в том числе могут иметь фантазийную природу); в) частичными (часть человека, например материнская грудь); г) переходными (которые субъект рассматривает как находящиеся между ним и другим человеком, но с которыми нет необходимости общаться; например, соска или кукла) и т. д.

Объектные отношения – это определенный итог всего предшествующего развития и организации личности, результат взаимодействия с объектами и сформировавшаяся специфика их восприятия, а также особенность реализуемых субъектом способов защиты.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Олигофренопсихология (греч. oligos – немногий, незначительный и phren – ум) – раздел специальной психологии (дефектологии), изучающий психическое развитие и возможности его коррекции у людей с тяжелыми формами недоразвитости мозга.

О. выявляет причины их умственной отсталости (врожденные дефекты нервной системы, результат болезни или травмы), изучает их психические особенности, формы и степень выраженности дефекта (дебилы – легкая степень отсталости, имбецилы – средняя, идиоты – глубокая), способствует созданию программ и методик их обучения во вспомогательных школах.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Петровский

Патология – 1) нарушение структуры, функции и метаболизма органов и тканей, которое приводит к нарушению их жизнедеятельности; 2) раздел медицинской науки, изучающий законы теоретической медицины; включает общую и частную П. Общая П. изучает основные закономерности возникновения, течения и исходы заболеваний. Эти закономерности справедливы для всех болезней, независимо от их причин, механизмов развития, клинических проявлений. Частная П. направлена на изучение конкретных нозологических форм (болезни сердца, легких, печени и пр.), в основе которых лежит формирование типовых форм П. органов и систем.

Предметом изучения общей П. являются типовые патологические процессы, такие как тромбоз, воспаление, лихорадка, аллергия и пр. Знание положений общей П. позволяет сформировать клиническое мышление врача, открывает перед ним возможности для творческой активности, позволяет проявлять инициативу в поисках новых подходов к диагностике и лечению. Общая П. рассматривает любые патологические процессы в трех аспектах: молекулярном, структурном и функциональном. В познании основных закономерностей развития болезней П. использует системный принцип, который действует на базе комбинации и рекомбинации реакций и структур с целью получения полезного для организма результата.

Принципиальным для общей П. является естественно-исторический, эволюционный подход в оценке явлений нормальной или больной жизни. Особо следует подчеркнуть, что развитие общей П. тесно связано и основывается на философских положениях естествознания, на принципах, категориях и законах материалистической диалектики. Основными вопросами, изучением которых занимается П., являются следующие: взаимоотношения структуры и функции, понятие о «функциональных болезнях», развитие положений общей этиологии и патогенеза, условия развития заболевания и реактивности организма, вопросы изучения механизмов адаптации и саногенеза, взаимосвязь между общими и частными проявлениями заболевания.

Также П. исследует механизмы регуляции жизнедеятельности организма, изучает особенности возникновения и развития типовых патологических процессов, разрабатывает принципы построения диагноза и коррекции лечения, формулирует теоретические положения общей нозологии (учение об этиологии, периодах и исходах заболеваний).

В настоящее время существует большое число медицинских дисциплин (терапия, хирургия, неврология, психиатрия) и множество их частных разделов. С развитием науки и технологий появляются новые медицинские специальности, новые методы

диагностики и лечения. Основным связующим звеном, общим для всего разнообразия болезней человека, являются законы теоретической медицины, которые и изучает П.

▸ Введение в патологию: учеб. пособие. Ч. 1. М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013; *Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К.* Основные положения современного учения о болезни. М.: Издательский дом «Русский врач», 2001

Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская

Патопсихология (греч. pathos – страдание, болезнь) – раздел медицинской психологии, изучающий закономерности изменения психической деятельности и свойств личности при психических и соматических заболеваниях. Анализ патологических изменений осуществляется на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме. В этом состоит основное отличие П., интерпретирующей данные исследования в категориях психологической теории, от психопатологии – области психиатрии, изучающей патологию психики на основе общеклинических категорий (возникновение и развитие болезни как клинически закономерной смены симптомов и синдромов). При этом если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают, описывают и систематизируют проявления нарушенных психических процессов, то П. вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике симптомам. П. изучает психические расстройства в первую очередь экспериментально-психологическими методами, данные которых сопоставляются с историей жизни заболевшего человека.

Прикладное значение П. в практике медицины проявляется в использовании полученных в эксперименте данных для: а) дифференциальной диагностики расстройств психики; б) установления степени выраженности психического дефекта в интересах экспертизы (судебной, трудовой, военной и т. д.); в) оценки эффективности проводимого лечения по объективным характеристикам динамики психического состояния пациентов; г) анализа возможностей личности пациента с точки зрения ее сохранных сторон и перспектив компенсации утраченных свойств в целях выбора оптимальных психотерапевтических мероприятий, проведения индивидуальной психической реабилитации.

При разработке общетеоретических вопросов психологии исследования в области П. служат доказательством положения о прижизненном формировании психических процессов и свойств личности, показывают, что биологические особенности болезни не являются непосредственными причинами нарушений психики, а играют роль условий, в которых разворачивается собственно патологический процесс – процесс формирования аномальной личности. Вместе с тем выясняется, что нарушения психической деятельности не являются простым регрессом, возвращением на более низкий уровень онтогенетического развития, а выступают как процесс формирования нового качества.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Патофизиология нервной системы – интегральное направление научных исследований, изучающее этиологию и патогенез типовых форм нейропатологии и отдельных клинических форм; является базовым для клинической психологии, психиатрии и нервных болезней.

Повреждение нервной системы возникает под действием различных патогенных факторов физической, химической и биологической природы, воздействующих на организм из внешней среды или образующихся эндогенно. Патологические изменения, которые возникают в нервной системе, представлены двумя параллельно протекающими явлениями: 1) альтерацией морфологических структур, нарушением функциональных связей, повреждением и разрушением физиологических систем; 2) возникновением новых, патологических по характеру и результатам деятельности интеграций из первично и вторично измененных образований нервной системы. Каждый симптом и синдром, возникающий при повреждении нервных структур, имеет свой инкубационный период, который предшествует развернутой клинической картине нейропатологического процесса. Как и любое соматическое заболевание, нейропатологический процесс заканчивается либо полным выздоровлением, либо переходит в хроническую форму, ядром которой становится формирование патологической доминанты.

Патология нейрона, вызванная различными патогенными факторами, осуществляется эндогенными механизмами повреждения. Ведущим механизмом повреждения является деструкция плазматической и внутриклеточных мембран, которая связана в первую очередь с активацией процессов перекисного окисления липидов и приводит к развитию энергетического дефицита нейрона. Его следствием является нарушение энергозависимых процессов транспорта электролитов и повреждение ионных каналов, что приводит к расстройству электрогенной функции нейрона. В результате цитоплазма нейрона перегружается ионами натрия, происходит деполяризация мембраны и набухание нейрона. В условиях перегрузки нейрона ионами кальция активируются внутриклеточные липазы, протеазы, эндонуклеазы, липоксигеназы, следствием чего является повреждение внутриклеточных органелл, разрушение внутриклеточных структур, расстройство гомеостаза клетки, что приводит к ее дегенерации и гибели.

Типовыми патологическими процессами в нервной системе являются такие процессы, которые не имеют специфической этиологической характеристики, осуществляются при различных формах П. н. с. и играют роль базовых механизмов нервных расстройств. Примерами таких типовых патологических процессов являются денервационный и деафферентационный синдром. Денервационный синдром представляет собой комплекс изменений, возникающих в постсинаптических нейронах, органах и тканях после выпадения нервных влияний на эти структуры. В денервированных периферических тканях возникают дистрофии и некроз, что приводит к выпадению специфических функций. К денервационному синдрому близок также спинальный шок, который возникает после травмы спинного мозга. Для деафферентационного синдрома характерно повышение чувствительности постсинаптических структур.

Основным механизмом формирования денервационного синдрома является повреждение синапсов — специализированных аппаратов, которые осуществляют передачу сигнала с нейрона на нейрон. Типовыми формами патологии на уровне синапсов являются ослабление или отсутствие генерирования потенциала действия в терминали, возникающего под влиянием приходящего в терминаль стимула и вызывающего синхронизированное выделение квантов медиатора, нарушение синтеза медиатора и его выделения из тела нейрона. Нарушение постсинаптических механизмов может быть связано с количественной недостаточностью рецепторного аппарата либо снижением способности рецепторов связывать медиатор. Также расстройство синаптической передачи может быть обусловлено чрезмерным накоплением медиатора в синаптической щели или качественными изменениями нейромедиатора при его ферментативном разрушении.

Поскольку расстройства нервной деятельности связаны с повреждением целых структурных ансамблей нейронов, а не отдельно взятой клетки, то еще одним типовым патологическим процессом, который осуществляется эндогенными механизмами на межнейрональном уровне, является формирование генератора патологически усиленного возбуждения. Необходимым условием формирования и деятельности генератора является недостаточность тормозных механизмов в популяции его нейронов. Генераторы могут возникать в различных отделах ЦНС и формировать стабильные нейропатологические синдромы (например, очаги при эпилепсии).

Генераторы патологически усиленного возбуждения составляют нейрофизиологическую основу детерминанты в отдельных структурах головного мозга, которая может интегрироваться с другими генераторами и образовывать доминанту. Доминантой является господствующее в данный момент времени активное функциональное образование ЦНС, деятельность которой сопровождается сопряженным торможением других отделов головного мозга. Доминанты бывают физиологические и патологические. Выделяют четыре физиологические доминанты — пищевая, половая, оборонительная, ориентировочно-исследовательская, которые регламентируют деятельность живого организма и направлены на достижение полезного результата. Примерами патологических доминант являются прессорная и депрессорная доминанты, которые приводят к развитию гипертонической или гипотонической болезни; активация парасимпатических подкорковых ядер гипоталамуса, что приводит к гиперсекреции соляной кислоты и развитию язвенной болезни; разлитое корковое возбуждение, приводящее к генерализованному судорожному при-

падку, или торможение, приводящее к выпадению движений или чувствительности при истерии.

Таким образом, нарушения нервной регуляции и трофики могут наблюдаться при различных формах патологии.

▸ *Крыжановский Г.Н.* Общая патофизиология нервной системы. Руководство. М.: Медицина, 1997

Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская

Перинатальная психология — отрасль психологии, включающая в себя психологию беременности, родов и послеродового периода. Термин «перинатальный» (perinatal) — сложное слово греко-латинского происхождения, в котором приставка peri означает «вокруг» или «поблизости», а корень natalis указывает на отношение к рождению. Практическая П. п. развивается очень интенсивно в виде психокоррекционных программ для беременных женщин, родильниц, их семей и т. д. Теоретические модели П. п. также интенсивно оформляются; рассмотрим более ранние из них.

Станислав Гроф (доктор медицины, один из разработчиков трансперсональной психологии) более двух десятилетий назад впервые применил термин «перинатальный» к психическим переживаниям. В теории сознания он выделял три области: 1) сознание, связанное с прошлыми и настоящими переживаниями индивида, — психодинамический уровень; 2) сознание, связанное с биологическими явлениями, обусловленными процессом рождения, — перинатальный уровень; 3) сознание, превосходящее личные ощущения индивида и биологические процессы, — трансперсональный уровень. По С. Грофу, перинатальный опыт проявляется в четырех типичных паттернах переживаний, соответствующих четырем клиническим стадиям биологического рождения; и их (типичные паттерны) он назвал базовыми перинатальными матрицами (БПМ). Эти матрицы несут специфическое эмоциональное и психосоматическое содержание и действуют как принципы организации материала на других уровнях бессознательного. Биологическая основа первой матрицы (БПМ-1) — опыт симбиотического единства ребенка и матери во время его внутриматочного существования. При нормальном течении этого периода развития ребенка в матке условия для ребенка почти идеальны. Безмятежное состояние вседостаточности провоцирует переживание океанического сознания, отсутствия границ. Нарушения же внутриматочной жизни ассоциируется с образами загрязнения среды, подводных опасностей и т. д. Позитивные аспекты БПМ-1 связаны с такими возможностями человека, как умение расслабляться, радоваться жизни, способность к творчеству, хороший иммунитет, чувство гармонии и т. д., негативный же опыт БПМ-1 приводит к отсутствию этих возможностей. БПМ-2 связана с периодом, когда шейка матки еще не раскрыта, а плод начинает механически сдавливаться, т. е. начинаются схватки. Если этот период проходит благоприятно и тандем «мать — дитя» слаженно проходит препятствие, то это способствует благоприятному опыту ребенка в плане освобождения из плена, прохождения через трудности, принятия решения, открытости новому, в противном случае — наоборот. БПМ-3 связана с тем периодом родов, когда шейка матки раскрыта, что позволяет плоду постепенно продвигаться по родовому каналу. Основная тема на этой стадии — борьба смерти и возрождения. БПМ-4 соответствует последнему этапу родов, появлению на свет ребенка. На этой стадии мучительный процесс борьбы за рождение подходит к концу. В благоприятном случае человек испытывает глубокое чувство духовного освобождения, спасения и искупления грехов. Длительные же, изнуряющие роды, использование хирургических щипцов, применение общей анестезии и другие осложнения и вмешательства вносят специфические искажения в феноменологию этой матрицы.

Сильвио Джиулио Фанти (доктор медицины, создатель микропсихоаналитической теории) всю человеческую жизнь обобщает в трех войнах, которые эдипов комплекс разделяет на фазы психосексуального развития: 1) пренатальная война: с момента зачатия и до рождения эмбрион противопоставляет свою агрессивность агрессивным реакциям матери. Отношения между эмбрионом и матерью — это «рукопашная битва», что можно проиллюстрировать следующими примерами: а) имплантация яйца, иначе говоря, внедрение эмбриона в стенку матки, представляет собой, по утверждению автора этих представлений, случай людоедства и кровопийства: ради собственного выживания эмбрион питается кровью матери и пьет ее кровь; б) разрастание эмбриона он сравнивает с раковой опухолью, от

которой мать любой ценой пытается избавиться; в) эмбрион – это сверхчувствительный приемник, способный воспринимать страхи, желания, недомогания, сексуальное наслаждение своей матери, от которого она не отказывается ради него. Состояние войны, отличающее утробное развитие, делает шаткой гипотезу Ранка о травме рождения: переход от внутрипренатальной безопасности в угрожающий внешний мир представляет собой никогда не заживающую рану, которая обусловливает возникновение страха и невроза. С микропсихоаналитической точки зрения рождение представляет собой скорее освобождение, чем травму; 2) детская война: с рождения до 5 лет ребенок меряется силами с семейной агрессивностью; 3) взрослая война: с 5 лет до самой смерти человек сражается в двух первых войнах, обработанных сном-сновидением и сексуальностью. В микропсихоанализе понятие психосексуального развития – это агрессивно-сексуальный онтогенез, состоящий из четырех фаз: 1) посвящения; 2) оральной; 3) анальной; 4) фаллической, – напоминает классическое определение организации либидо: сексуальный онтогенез, проходящий через 3 стадии: (I) оральную; (II) анальную; (III) фаллическую; с той лишь разницей, что психосексуальное развитие: а) сразу является агрессивно-сексуальным, а не просто сексуальным; б) начинается гораздо раньше, уже во время внутрипренатальной жизни, а точнее, в ходе стадии посвящения, которую Фанти подробно описал с микропсихоаналитической точки зрения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Н. Васина

Перинатология – область научного знания, включающая перинатальную медицину, перинатальную психологию, перинатальную педагогику (Абрамченко В.В., 1996). Традиционно считается, что перинатальный период – это период с 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного.

Образованная в 1991 г. Международная организация ассоциаций перинатального образования (OMAEP) координирует деятельность входящих в нее ассоциаций разных стран. В России в 1997 г. на учредительной конференции в Санкт-Петербурге принято решение о создании Межрегиональной ассоциации перинатальной психологии и медицины (МАППМ), которая затем была переименована в Российскую ассоциацию перинатальной психологии и медицины (РАППМ). Параллельно в Москве была создана Российская ассоциация пре- и перинатального развития (РАППР).

В 1996 г. в Монте-Карло (Монако) прошел Международный симпозиум по перинатальной психиатрии, на котором обсуждались не только проблемы перинатальной психиатрии, но и вопросы перинатальной психологии. В область перинатальной психиатрии включены и психические расстройства, возникающие у женщин в связи с беременностью. Перинатальная психиатрия оказалась тесно связанной с гинекологической психиатрией (Менделевич Д.М., Менделевич В.Д., 1993), изучающей психические нарушения, возникающие при гинекологических заболеваниях и при различных состояниях репродуктивного процесса (в том числе во время беременности).

Концептуальная основа биопсихосоциальной модели перинатальной психологии тесно связана с теорией личности. При изучении психосоматической детерминации процесса протекания беременности обычно обращают внимание на такие эмоционально-личностные характеристики, как повышенная реактивно-ситуативная тревожность, дезадаптация в ситуации фрустрации, превалирование направленности на себя, на задачу, на взаимодействие и т. д. Сочетание указанных эмоционально-личностных особенностей приводит к нарастанию у беременных тревожности и раздражительности и формированию ряда осложнений беременности (Чеботарева И.С., 2001). Дезадаптация чаще проявляется в слабости контроля женщиной своих эмоциональных реакций. Tod (1964), Dalton (1980) нашли статистически достоверные корреляции между уровнем тревожности, нейротизма у беременных и развитием послеродовой депрессии.

Г.И. Брехман (1997) определял перинатальную психологию как новую область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах и их влияние на его последующую жизнь. Е.М. Фатеева и Ж.В. Цареградская (2000) указывают, что перинатальный психолог наблюдает за формированием психики ребенка от зачатия до годовалого или даже трехлетнего возраста. Они видят в перинатальной психоло-

гии область психологии ребенка антенатального и перинатального периода, грудного и раннего возраста, а также психологии беременной, роженицы и кормящей матери. По определению Г.Г. Филипповой (2003), перинатальная психология занимается изучением развития ребенка и его взаимосвязей с родителями (в первую очередь с матерью) в период подготовки родителей к зачатию до завершения основных возрастных стадий сепарации ребенка от матери. Позже Г.Г. Филиппова (2007) определяет перинатальную психологию как область психологии, которая занимается проблемами зачатия, вынашивания, рождения ребенка и ранним периодом его развития. И.В. Добряков (2010) определяет перинатальную психологию как область психологической науки, изучающую возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью. Психология беременности выделяется в качестве одного из разделов перинатальной психологии, занимается проблемами беременности, родов и послеродового периода.

Теоретические модели П.: Федор-Фрайберг П. считает, что перинатальная психология может служить «психосоматической моделью», демонстрирующей неразрывность психологического и физического процессов (Федор-Фрайберг П., 2005.).

В качестве теоретической реализации биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии (суть его в соединении биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель), комплексного подхода к здоровью беременной женщины рассматривается теоретическая модель И.В. Добрякова (2010), в которой в качестве одной из основных теоретических баз перинатальной психологии выделяется семейная системная психология, помогающая в анализе многих вопросов формирования материнства (зачатие, беременность, роды рассматриваются в семейном контексте, а не в узком материнском). В современных отечественных эмпирических исследованиях в контексте перинатальной психологии наиболее часто используются также следующие теоретические модели: 1) модель Н.П. Коваленко (Коваленко-Маджуга Н.П., 2001), объединяющая: а) юнгианский психоанализ; б) теорию перинатальных матриц С. Грофа; в) концепцию инстинктов В.И. Гарбузова; 2) теоретическая модель Г.Г. Филипповой (2003), объединяющая перинатальную психологию с психологией родительства во взаимосвязи с медициной (психосоматикой, психиатрией, акушерством и гинекологией, П.).

▸ *Кулешова К.В.* За гранью себя: беременность как психологическая трансформация. М., 2015

К.В. Кулешова

Превентология аддикций (англ. prevention – предупреждение) – превентология зависимого поведения; новое научное направление в психологии зависимости, в котором обобщены и систематизированы отечественные и зарубежные научные психологические подходы в области профилактики аддикций, результаты исследований профилактических программ и понятийный аппарат. П. а. направлена на решение сложнейшей проблемы междисциплинарного характера, затрагивающей все социальные институты: образование, здравоохранение, культуру, юстицию и т. д. Термин введен в 2013 г. В.В. Аршиновой.

Существует несколько способов категоризации теорий и моделей, связанных с программами профилактики зависимостей; предварительно их подразделяют на две группы. Первая группа: «теории здоровья» и «теории направленного изменения поведения». Вторая – включает модели, используемые для планирования, осуществления и оценки профилактических программ; эта группа относится к «модели планирования». На основе подхода, предложенного R. Gordon в 1992 г., профилактика зависимого поведения рассматривается как преимущество над реабилитацией зависимых лиц и сопровождением выздоравливающих; ее теории делятся на универсальные, селективные и индикативные. П.И. Сидоров считал неизбежным создание обобщающего термина, объясняющего мультидисциплинарные подходы в науке о здоровье, ввел термин «общая превентология» для междисциплинарной науки о формировании здорового образа жизни и предупреждении саморазрушающего поведения. Он также предложил термины «частная превентология», «наркологическая превентология» – профилактическая наука, исследующая проблемы предотвращения употребления психоактивных веществ (ПАВ). Аналоги этого научного направления в европейских странах,

США и Канаде, в зависимости от их содержания, носят различные названия. До середины прошлого века к теоретическим основам профилактики в области зависимости относили только этиологию – причины, взятые из теорий, раскрывающих собственно возникновение аддикций (например, теория психологических «корней зависимости» М. Мюррей; биологические и клинические концепции «биохимический барьер» K. Okamoto и др.).

Главенствующее место на национальном и глобальном антиаддиктивном профилактическом пространстве отводится сфере образования с координирующей ролью высшей школы.

▸ *Аршинова В.В.* Мониторинг профилактики аддикций. М.: ИПП, 2012; *Аршинова. В.В.* Системная профилактика зависимого поведения. М., 2012; Безопасность образовательной среды: коллективная монография / Под ред. В.В. Барцалкина, Н.Б. Флорова, В.В. Аршинова. М.: МГППУ, 2013

В.В. Аршинова

Принцип системности в научной медицине (в философии) – важнейший методологический инструмент научного познания целого, например в медицине – здоровья и болезни. Краткие философско-методологические положения системного подхода применительно к человеку: 1) организм и психика, личность человека образуют природно-социальную систему, состоящую из ряда неких соподчиненных подсистем и их взаимосвязанных элементов; 2) целое (система) определяет природу частей (элементов человека); 3) части не могут быть познаны в отрыве от целого, учета его своеобразия; 4) составные элементы системы изучают в неразрывной взаимосвязи и взаимодействии друг с другом; 5) системный подход нацеливает на преодоление редукционизма (лат. reductio – возвращение, сведение).

Система (греч. systema – целое, соединение) в медицинской сфере традиционно исстари объединяла основополагающие нормы, правила и принципы деятельности врачей в целях избавления людей от болезней, укрепления их здоровья как некой целостности. Идея системности и системный подход в медицине и фармации в наше время стали ведущими философско-методологическими ориентирами. Системность выступает как диалектическая интеграция частей, каждая из которых придает специфическое своеобразие целому. Все в окружающем мире системно, начиная с движения атома, жизни человека и кончая развитием Вселенной. Согласно И.П. Павлову, живой организм «представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, связанных как друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей средой» (Павлов И.П., 1951).

Понятие системности в философии науки является атрибутным, т. е. всеобщим и неотъемлемым свойством материи. Принцип системности в научном познании прежде всего обращает внимание ученых на взаимодействие комплекса элементов; причем все они рассматриваются как неразложимые компоненты системы при неком заданном способе ее рассмотрения. Однако если меняется угол зрения на события, то рассматриваемые в них элементы определенной системы сами оказываются системами. Так, элементом системы здравоохранения выступает медицина и ее структурные элементы. Однако и сама медицина выступает в качестве системы, элементами которой являются профилактическая, клиническая, научная и другие ее сферы. Научная медицина – это тоже система, но уже иного качества и уровня.

При определении понятия системности в медицине исходят из того, что оно теснейшим образом взаимосвязано с понятием целостности человека, включающего разнообразие структур, разные целостные системы, которые в свою очередь связаны между собой в рамках более общей системы (например, в рамках целостного организма).

Концепции о всеобщности взаимосвязей и саморазвитии системы возникли в античности и получили свое закрепление в диалектическом обосновании. Взаимосвязь всегда есть зависимость одного явления или процесса от другого. Все взаимосвязи и отношения свидетельствуют о всеобщности целостного саморазвития всех явлений и процессов в мире. Поэтому возникла задача построения строгого научного определения понятия системности в науке и разработки оперативных методов анализа объективных систем. Настоятельным требованием системного познания стала и задача разработки новых методов исследования в медицине и фармации.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Павлов И.П.* Полн. собр. трудов. Т. 2. М.–Л., 1951. С. 452; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Профилактика психологическая — предоставление специализированной помощи с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических ситуаций. Медицинское законодательство определяет профилактику как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья (включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития), а также на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды обитания.

Формы работы: консультативные центры, телефон доверия, массовые обследования с целью выявления групп риска и профессиональная работа с ними (в контексте программ поддержания общественного здоровья), информирование населения и др. В зависимости от времени воздействия профилактические программы могут быть постоянно действующими, систематически действующими, периодически действующими, одноразовыми. В зависимости от целевой направленности — программы когнитивного, аффективного, интерперсонального, поведенческого обучения, а также программы формирования социальных альтернатив. Их общие принципы: принцип системности, принцип стратегической целостности (единая стратегия здоровьесберегающей деятельности), принцип многоаспектности (базируется на представлении о здоровом образе жизни), принцип ситуативной адекватности, принцип динамичности, принцип эффективного использования ресурсов участников, принцип легитимности (соответствие законодательству, принятие мер обществом).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психоанализ (греч. psyche — душа и analysis — разложение, расчленение) — понятие, употребляемое по преимуществу в пяти основных смыслах: 1) учение и психотерапевтическая практика З. Фрейда; 2) теоретическое направление в психологии и пограничных дисциплинах, восходящее к идеям З. Фрейда; 3) особая методология исследования психики; 4) психотерапевтический метод З. Фрейда; 5) разнообразные психоаналитически ориентированные идеи, концепции, учения, методологии, методы, методики, техники, психотерапии, направления, течения и школы.

В общих чертах П. может быть представлен в виде трехуровневой системы: 1) теоретического П.; 2) прикладного П.; 3) клинического (эмпирического) П.

Начальным моментом создания П. З. Фрейд считал открытие и применение в клинической практике метода свободных ассоциаций (1895).

Само понятие «П.» было введено в оборот З. Фрейдом в 1896 г. для обозначения созданных им учения и психотерапевтического метода, уделявших особое внимание бессознательной деятельности психики человека и принимавших бессознательное в качестве наиболее мощной системы психики, функционирование которой предопределяет здоровье, мышление и поведение человека.

На протяжении ряда десятилетий З. Фрейд многократно и по-разному определял понятие «П.». В энциклопедической статье «Психоанализ и теория либидо» З. Фрейд констатировал, что П. называются: 1) способ исследования психических процессов, иначе недоступных пониманию; 2) основанный на этом исследовании метод лечения невротических расстройств; 3) созданный в результате этого ряд развивающихся психологических концепций. При этом З. Фрейд подчеркивал, что П. является «беспартийным» и занимает «срединное место» между медициной и философией.

Впоследствии сторонники и противники П. предпринимали многократные попытки создания более емкого и точного его определения. Тем не менее общепринятого понятия «П.» по-прежнему не существует, поскольку принадлежность к П., психоаналитической парадигме или психоаналитически ориентированным идеям определяется преимущественно по самоидентификации и (или) самопозиционированию, при одновременном существовании многообразных попыток различных организаций и лиц добиться обретения однозначной определенности посредством административно-волевых решений.

Принципиально важным моментом, принятым всем психоаналитическим сообществом, является четкое подразделение П. на: 1) классический П., т. е. П. З. Фрейда; 2) современный П., т. е. совокупность разнообразных взаимодополняющих и конкуриру-

ющих направлений, течений, школ, учений, теорий, концепций, психотерапевтических практик и т. д.

В первом приближении (и с весьма большой степенью условности) можно полагать, что в поле психоаналитических и психоаналитически ориентированных идей ныне входят следующие направления, течения, школы, учения, доктрины и практики: аналитическая психология (Юнг К.Г. и др.), аналитическая трилогия (Кеппе Н. и др.), антипсихиатрия (Лэинг Р. и др.), антропоанализ (Бинсвангер Л. и др.), аутогенная тренировка (Шульц И. и др.), биоэнергетический телесно-ориентированный психоанализ (Лоуэн А., Пьерракос Дж. и др.), гипноанализ (Лившиц С., Вольберг Л., Линдер Р. и др.), гисенская школа (Хейсинг Г., Меллер М., Стефанос С. и др.), глубокая аналитически-диалектическая психотерапия (Бирман Б. и др.), групповой анализ (Адлер А., Барроу Т., Морено Дж. и др.), гуманистический психоанализ (Фромм Э. и др.), детский психоанализ (Фрейд А., Гуг-Гельмут Г., Берлингем Д., Кляйн М., Винникотт Д. и др.), индивидуальная психология (Адлер А. и др.), интерперсональный психоанализ (Томпсон К., Салливан Г. и др.), медицинская антропология (Вайцзеккер В. и др.), микропсихоанализ (Фанти С. и др.), наркоанализ (Хорсли Дж. и др.), наркопсихотерапия (Шильдер П. и др.), неопсихоанализ (Шульц-Генке Г. и др.), неофрейдизм (Хорни К., Салливан Г., Фромм Э. и др.), психоанализ объективного познания (Башляр Г. и др.), психоанализ объектных отношений (Кляйн М., Винникотт Д., Малер М., Когут Г. и др.), психоаналитическая антропология (Малиновский Б., Бенедикт Р., Мид М. и др.), психоаналитическая герменевтика (Лоренцер А., Рикер П., Хабермас Ю. и др.), психоаналитическая педагогика (Фрейд А., Гуг-Гельмут Г., Берлингем Д., Шмидт В. и др.), психоаналитическая персоналистика (Кернберг О. и др.), психоаналитическая социология (Огборн В. и др.), психоаналитическая этнопсихология (Кардинер А. и др.), психоаналитическая культурология (Леви-Стросс К. и др.), психоистория (Эриксон Э., Демоз Л. и др.), психосоматика (Александер Ф., Балинт М. и др.), райхианский анализ (Райх В. и др.), реформистский психоанализ (Ранк О., Штекель В., Ференци Ш. и др.), рольфинг (Рольф И. и др.), селф-психология (психология самости) (Лихтенберг Й., Орнштейн А., Малер М. и др.), символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) (Лейнер Х.К. и др.), современная психодинамическая психотерапия (Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. и др.), социометрия (Морено Дж. и др.), структурный психоанализ (Лакан Ж. и др.), трансакционный (трансактный) анализ (Берн Э. и др.), феноменологический психоанализ (Раухал Л. и др.), философский психоанализ (Маркузе Г. и др.), фрейдомарксизм (Райх В. и др.), эго-психология (Фрейд А., Гартман Г. и др.), экзистенциальный анализ (дазайнанализ) (Бинсвангер Л., Босс М., Мэй Р., Кун Р. и др.), экзистенциальный психоанализ (Сартр Ж.-П. и др.) и мн. др.

При этом следует подчеркнуть, что значительная часть участников современного психоаналитического процесса руководствуется идеями, не только отличными от идей З. Фрейда, но и диаметрально противоположными им.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Психоанализ (в философии) — это: а) философское и научно-психологическое учение З. Фрейда о психическом бессознательном, б) предложенное им направление психотерапии, в) врачебный метод исследования, лечения неврозов и психозов. Впервые понятие «П.» З. Фрейд употребил в 1896 г. после долгих врачебных, экспериментальных и теоретических исканий причин неврозов и других душевных расстройств у пациентов. Учение построено на рациональном предположении, что конкретный комплекс психологических представлений, в особенности сексуальных, вытесняется из сферы сознания и действует уже сам по себе как бы из психической сферы бессознательного под видом воображаемых масок; затем в различных мистических облачениях проникает в сознание и угрожает целостности Я, испытывающего влияние реальности и включенного в окружающий мир. Основным методом лечения пациентов без лекарств стала свободная ассоциация идей и их личная интерпретация пациентом и психоаналитиком. Рациональный анализ иррациональных побуждений и тем самым избавление от них — таково философское кредо практического П.

В основании понятия «П.» лежит учение З. Фрейда о преобладающей роли бессознательного в психике человека, о влиянии разнородных комплексов, сексуальных влечений, на поведение, мысли и разовые поступки людей. Забывание, оговорки,

грезы, видения, фобии, ложные поступки, неврозы (истерии) как раз и свидетельствуют об этом явлении. Причем Я, как сознательное начало в психике человека, выставляет защиту против вытесненных влечений и импульсов (это происходит, например, во время беседы с психоаналитиком).

О том, что за порогом сознания теснятся былые впечатления, воспоминания, представления, способные влиять на его работу, давно было известно философам и психологам. То, о чем утверждала умозрительная философия, впервые стало в учении З. Фрейда объектом изучения особой дисциплины, непосредственно базирующейся на эмпирическом исследовании и наблюдении. Лауреат Нобелевской премии П.Л. Капица (1977) в этой связи заметил, что основателями базисной науки о бессознательном считаются И.П. Павлов и Зигмунд Фрейд. Ими эксперимент положен в основу изучения процессов мышления, закономерностей восприятия человеком внешней среды, влияния подсознания на деятельность человека.

До учения З. Фрейда философы и психологи не сомневались в том, что сознание человека подчиняет себе и контролирует все акты психики, управляет всеми поступками и действиями человека; З. Фрейд на многочисленных примерах практического лечения неврозов и психозов пациентов и смелых экспериментов показал обратное. По его мнению, все представления о том, что поступками людей руководит их сознание, не более чем иллюзия; на самом деле над людьми властвует их природное безличное начало – бессознательное. Это открытие стало, по сути, квинтэссенцией фрейдистского учения, которое заняло промежуточное положение между философией, психологией и медициной. Разделение психики на сознательное и бессознательное дает возможность психоанализу понять патологические процессы психической жизни и причислить их к научным явлениям (Фрейд З., 1991).

Бессознательное начало в психике человека представляет собой скрытую от сознания внутреннюю психическую сторону его жизнедеятельности. Это реально существующий за покровом сознания глубинный пласт могущественных потенциальных сил психики: стремлений, влечений, желаний и т. д. Все душевные процессы по существу бессознательны, – утверждал З.Фрейд (1984), – сознательные процессы являются только отдельными проявлениями всей душевной деятельности человека. Бессознательное можно образно представить в виде подводной части айсберга (эта та его часть, которая скрыта под водой и полностью зависит от подводных течений); причем все в его огромной подводной части невидимо и, главное, абсолютно непредсказуемо, ибо там господствуют дикие силы естественной природы. Так и психика человека имеет как бы свою подводную, глубинную часть, или бессознательное. За покровом сознания человека скрыт глубинный «кипящий котел» (Фрейд З.) неосознаваемых личностью своих же сокровенных желаний, влечений, стремлений и т. д. Осмысливая и критично оценивая открытый З. Фрейдом метод П. как искусство познания и исцеления души, И.П. Павлов (1856–1939) не без основания заметил: «Когда я думаю сейчас о Фрейде и о себе, мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный туннель в подошве большой горы – человеческой психики. Разница состоит, однако, в том, что Фрейд взял немного вниз и зарылся в дебрях бессознательного, а мы добрались уже до света» (Уэллс Г., 1951).

Термин «бессознательное» применялся З. Фрейдом и его многочисленными последователями в различных смыслах и значениях. Первоначально термин был применен в чисто описательном смысле, охватывая все то психическое содержание, которое в сознании человека никак не проявлено. Предсознание или подсознание тоже является основным психическим понятием в учении З. Фрейда о П. Это такое состояние психики человека, которое похоже на бессознательное в силу уже того, что оно тоже скрыто, а если и выражено, то неявно; но в отличие от бессознательного состояния психики человека оно при определенных условиях может быть осознаваемо. Бессознательное представляет нижний пласт человеческой психики – это инстинктивно-эмоциональное. Высший пласт истинно человеческой психики предстает как сознание или рационально-логическое понимание себя и окружающего мира. В психике человека между бессознательным и сознательным уровнем есть и промежуточный – это подсознательное.

З. Фрейд изучал и объяснял источники психических побуждений и переживаний, конфликтов между личными вожделениями и чувством социокультурного долга, причины серьезных психических

надломов и иллюзорных представлений о самом себе как личности и окружающем мире, о проблемах сложных межличностных отношений и связей между людьми. Ему удалось выявить автономное природное естество человека или внутреннее natura naturans (З. Фрейд), которое функционирует благодаря своим собственным человеческим законам бытия. Личность, согласно З. Фрейду, воспринимает внешний и свой внутренний мир через призму этих законов; и хотя порой она вынуждена уступать давлению внешних сил и даже приспосабливаться к ним, при этом она сохраняет самобытные психические характеристики теми же самыми по своей естественной, врожденной природе.

З. Фрейд стал первым врачом и психологом, который в противоположность ранее широко распространенной традиции исследовал все богатство человеческих страстей – любовь, ненависть, тщеславие, жадность, ревность, зависть и многие другие. Страсти, которые раньше были предметом художественного воображения творческих деятелей, З. Фрейд сделал предметом научного исследования и философского осмысления. Врач создал новую теорию в медицине и психологии, оригинальное учение в философии. Фрейдизм стал не только важной естественнонаучной доктриной, но и философско-психологическим учением о человеке. П., по сути, превратился из частной медицинской концепции лечения больного в принципиально новое философское направление осмысления феномена личности как человеческой физио-психо-социо-культурной целостности. З. Фрейд осуществил глубинный научно-философский анализ внутреннего (психического) мира личности, который издавна стремились постигнуть и понять философы.

Важным этапом в становлении и развитии учения о П. явилась теория психосексуального развития, согласно которой за инстинктами самосохранения следуют сугубо природные сексуальные влечения, обладающие уникальной способностью к трансформации, модификации, порождающие богатую психодинамику людей. Так, подавленное и вытесненное либидо, как энергия сексуального влечения, является причиной порой безобидных, а порой патологических реакций организма, приобретающих характер психоневроза. Инстинктивные половые влечения взаимосвязаны с особой внутренней энергией, которая может взорвать, а может быть направлена на созидание, например на творчество. З. Фрейд видел в либидо жизненную энергию. Через либидо основоположник П. стремился осмыслить многие социально-культурные и антропологические проблемы. Впрочем, принцип сведения всех связей и отношений между сознанием и бессознательным к сексуальному влечению явился причиной споров и дискуссий о степени научности учения З. Фрейда, не утихающих до сих пор. Фрейдистская философия и психология редуцирует содержание и мотивацию социально-культурной активности личности к первичным структурам человеческой психики.

З. Фрейд после эмпирических исследований пришел к выводу, что структурно человеческая психика состоит из трех составляющих. В работе «Я и Оно» он дал логическое обоснование иерархической структуре психики в виде следующей комбинации трех элементов – Оно(Id), Я (Ego) и Сверх-Я (Superego). Оно – врожденный слой человеческой психики, который находится далеко за нижними пределами человеческого сознания; это биоимпульсивные, асоциальные пристрастия сексуальных влечений и иных естественных природных страстей. Будучи нижним «диким» пластом психики человека, он представляет собой мощную силу психики, или психическую самость человека – основу жизнедеятельности каждого человеческого индивида. В Оно откладываются и закрепляются результаты и «судьбы человеческого рода» (З. Фрейд); автор П. сравнивает Оно с психическими аборигенами: если предположить, что у человека имеются унаследованные психические образования, наподобие инстинктов животных, то это и есть ядро бессознательного. Обыденная жизнь человека в философско-психологическом учении П. предстает через призму взаимосвязи психической сферы бессознательного Оно с Я – осознанием себя, с помощью которого человек идентифицирует себя, и Сверх-Я как конкретной внешней силы – социокультуры, формирующей у индивида определенные личные свойства и качества, несущие в себе общественные ценности. Определив человеческую «самость», З. Фрейд дал направление изучению психической сущности естественного человека, его натуры.

З. Фрейд начал свою научную карьеру как психопатолог, однако, сталкиваясь в своей практической деятельности врача с различными явлениями невроза, он стал иначе толковать многие психические реакции пациентов. Социально-культурная характеристика неврозов не позволяла ему видеть причины невротического поведения пациента в одной лишь физиологии; он решительно отказался от господствующего тогда психофизиологического параллелизма в том виде, как он рассматривался и в психологии, и в натурфилософии. С одной стороны, для З. Фрейда человек выступал как объект изучения ученого-медика и врача-практика. А с другой стороны, Фрейд-врач понял, что человек – это продукт социально-культурного развития; ограничив свои психофизиологические исследования, он усмотрел в человеческой психике действие и совершенно иных законов. Интерпретировав роль религии, морали, других институтов социокультурной жизни в регулировании поведенческих акций человека, он стал рассматривать внешние воздействия этих социокультурных институтов в качестве особой силы, которая получает отражение в Сверх-Я. Социально-духовный пласт жизни, находясь за пределами индивидуальной человеческой психики, сильно воздействует на нее. По мнению З. Фрейда, Сверх-Я следует понимать как некий априорный моральный закон, подчиняющий человека внешним общественным требованиям. Если Оно стремится к удовлетворению личной страсти, к удовольствию, Я – к осознанию жизни и самоорганизации своего поведения с учетом принципа реальности, то Сверх-Я – к социализации, учету культурных ценностей, ценностей и норм среды, в которой функционирует человек. Сверх-Я – социокультурное психическое состояние индивида, сформированное по образу и подобию конкретного общества, которое З. Фрейд называл «внутренней цензурой индивида», постепенно складывающейся и закрепляющейся в его менталитете в результате усвоения им социально и духовно значимых моральных норм и религиозных заповедей, а также высших идеалов и общечеловеческих ценностей и т. п. Внутренний (психический) мир человека, Я, постоянно переживает непростую драматическую ситуацию под напором воздействия на него двух сверхсил: с одной стороны, темной внутренней (родовой) психической энергии, проявляющей порой грубую врожденную натуру, всегда рвущуюся наружу, а с другой – внешней (социально-культурной) энергии, которая целенаправленно сдерживает и направляет разрушительную силу темных инстинктов. Из этих тенденций складывается диалектика становления и развития человека как личности.

Как антропосоциальная философия, П. вышел за рамки медицинской терапии. В этом своем качестве он охватывает три направления особого человеческого знания и умения:

- как способ психотерапии, направленный на облегчение дистресса и основанный на учении о бессознательном и его интерпретации;
- как общая теория о функционировании и развитии человеческой личности;
- как философия взаимосвязи человека и общества, основанная на первых двух составляющих и позволяющая понимать суть и смысл цивилизации.

З. Фрейд наряду с религиозным и научным мировоззрением выделяет еще одно – философское. Ведь философия не пересказывает мудрые мысли, а стремится понять и объяснить не укладывающееся в рамки привычных представлений и требующее предметно-адекватной рефлексии. Философия человеческой психики складывается, по З. Фрейду, из двух направлений: консервативного – биологического и прогрессивного – антропосоциологического.

Возникнув в лоне психиатрии как особый подход к лечению неврозов методом осознания и катарсиса, или психического самоочищения, П. перерос в качественно новое направление философии человека, или, иначе говоря, философской антропосоциологии. На этой основе З. Фрейд создал научно-психологическую философию личности, осмысливающую и объясняющую переживания и поведение не только психически больного, но и вполне здорового человека. В этом одна из основных причин актуальности его учения и заслуга в глазах философов. Фрейдистский П., став фактически философским учением, оказал сильнейшее воздействие на общественное сознание, научное мировоззрение.

Учение З. Фрейда не потеряло актуальность и сегодня. Так, в настоящее время уже никто не оспа-

ривает взаимосвязь и взаимозависимость тела (организма) и души (психики). Насколько непросто человеку достигнуть идеального состояния здоровья и сохранить его – хорошо известно всем. Поэтому начинать надо, как советовал З. Фрейд, с укрепления «здоровья человеческой души».

▸ *Капица П.Л.* Эксперимент. Теория. Практика. М., 1977. С. 329; *Фрейд З.* Психология бессознательного. М., 1989. С. 426; *Фрейд З.* Труды разных лет: в 2 кн. Тбилиси, 1991. Кн. 1. С. 352; Цит. по: *Уэллс Г.* Павлов и Фрейд. М., 1959. С. 5

Ю.М. Хрусталев

Психоанализ гуманистический (лат. humanus – человечный, человеколюбивый и «психоанализ») – психоаналитическое учение Э. Фромма, в котором особое внимание уделяется гуманитарным, культурным и социальным факторам, при признании приоритетности проблем человека в организации общественной жизнедеятельности и построении «здорового общества» (неофрейдизм).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Психоанализ массовых процессов – область психоанализа; его предметом являются наиболее общие закономерности функционирования больших масс людей, в основе которых лежат механизмы, вскрытые при изучении феномена толпы и особенностей развития тяжелых психических расстройств.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Психогенетика – междисциплинарная область знаний, находящаяся на пересечении психологии и генетики. Предметом исследований П. являются соотношение генетических и средовых факторов и их роль в формировании фенотипических различий по психическим и психофизиологическим признакам.

В зарубежной литературе для обозначения этого направления исследования (этой научной дисциплины) принято использовать термин «генетика поведения» (behavioral genetics), что ограничивает область исследований поступком объекта. Термин «П.» (др.-греч. psyche – душа и греч. genesis, geneticos – происхождение; лат. genus – род), используемый в России, расширяет границы исследования поведения, изучает причины поведенческих реакций индивида, охватывая уровни (ватерпасы) сознательного и подсознательного психической сферы человека.

Историю развития П. (генетики поведения человека) условно можно разделить на четыре основных периода.

1865–1900 гг. – зарождение генетики поведения человека: Ф. Гальтон в 1865 г. на основании изучения феномена талантливости сформулировал закон родовой наследственности и определил основные подходы и понятия П.

1900–1924 гг. – становление П. (генетики поведения) как самостоятельной научной дисциплины и разработка концепции дискретного наследования сложных непрерывно изменяющихся признаков.

1924–1960 гг. – накопление эмпирического материала и разработка основных методов изучения П. с диапазоном исследования от морфологических признаков до сложных и комплексных психологических характеристик.

С 1960 г. по настоящее время – современный этап развития П., который характеризует развитие традиционных и появление новых методов исследования. Современные методы исследования включают популяционный, генеалогический, классический близнецовый метод и его разновидности, метод приемных детей, семейное исследование с составлением генограмм, метод анализа сцепления полиморфизма с личностными характеристиками и расстройствами поведения, многомерный психогенетический анализ.

Соотношение генетических и средовых факторов в формировании фенотипических вариантов отражают гено-средовые эффекты, включающие три разных типа явлений: генотип-средовые корреляции (ГС-корреляции), генотип-средовые взаимодействия (ГС-взаимодействия) и ассортативность. ГС-корреляция отражает феномен неслучайного распределения сред между различными генотипами. ГС-взаимодействие отражает непосредственный акт совместного действия, взаимного влияния генотипа и средовых фак-

торов на фенотипическую дисперсию. Ассортативностью называется неслучайное заключение браков на основе сходства по любым факторам. Изучение закономерностей ассортативного подбора супружеских пар составляет важную линию психогенетических исследований, поскольку ассортативность может изменять оценки наследуемости признаков, влиять на их вариабельность в популяции.

Значение гено-средовых эффектов особенно велико при формировании личностных и психопатологических признаков, включая дезадаптивные и аддиктивные формы нарушения поведения. Среда, как известно, подразделяется на общую, общесемейную и индивидуальную. Первые два вида сред имеют много общего и трудноотделимы друг от друга. Индивидуальная среда в наибольшей степени формируется человеком. В результате психогенетических исследований выявлены следующие значимые феномены:

- многие психологические инструменты, используемые для измерения характеристик среды, показывают высокий уровень генетического контроля;
- у детей, растущих в одной семье, среда формирует скорее различия, чем сходства;
- при разложении фенотипической дисперсии подавляющего большинства психологических признаков роль общесемейной среды оказывается незначительной.

При психогенетическом изучении интеллектуальных способностей установлено, что вклад общей семейной среды в изменчивость по интеллекту в раннем детском возрасте составляет около 30 %; однако начиная с 10 лет влияние общей среды на популяционную дисперсию интеллекта постепенно уменьшается и к 18–20 годам практически достигает нуля (Plomin R. et al., 1997). Результаты исследовательских работ, проведенных в области наркологии, посвященных изучению близнецов, приемных детей и полусибсов, также свидетельствуют о незначительной роли средовых факторов и определяющем влиянии генотипа на фенотипическую дисперсию (Goodwin D.W. et al., 1977; Hrubec Z. et al., 1981; Schuckit M.A., 1981). На основании сходства коэффициентов корреляции умственного развития и физических признаков у сибсов сделан вывод о влиянии наследственности на интеллектуальные способности (r = 0,52) (Pearson C., 1904). По результатам психодиагностического тестирования с использованием теста Бине—Симона выявлен достаточно высокий уровень корреляции между сибсами (r = 0,61). Результаты использования метода приемных детей при проведении психогенетического исследования показали, что сходство показателей интеллекта (r = 0,53) сибсов, воспитывающихся в приютах, практически не отличается от сходства сибсов, живущих дома (Gordon K., 1919). Работа, посвященная изучению интеллекта с использованием семейного подхода, свидетельствует о том, что коэффициенты корреляции показателей интеллекта приемных детей и их приемных родителей значительно ниже (r = 0,07 для отца и r = 0,19 для матери), чем соответствующие корреляции с биологическими родителями (r = 0,45 и r = 0,46 для отца и для матери соответственно), и подтверждает наличие генетического компонента в развитии когнитивных способностей индивида (Barcs B., 1928).

Результаты психогенетических исследований личностных черт оказались еще более неожиданными. По данным Loehlin J.C. и Nichols R.C, вклад семейной среды в формирование индивидуальных различий в личностных характеристиках соответствует 10 % (Loehlin J.C., Nichols R.C., 1976). Корреляция по личностным особенностям у приемных неродственных детей, воспитывающихся в одной семье, в среднем составила 0,05; к личностным чертам в данном исследовании относятся темперамент и копинг-стратегии. По когнитивным характеристикам корреляция оказалась значительно выше — около 0,25, но в подростковом возрасте она также приближалась к нулю, и это свидетельствует о том, что влияние общесемейной среды не имеет долговременного эффекта (Plomin R.et al., 1990). Эти результаты были многократно подтверждены большим количеством исследований, представленных в обзорной работе по изучаемому вопросу (Егорова М.С., 1995). В целом на долю средовых компонентов фенотипической дисперсии психологических признаков приходится около 40–50 % их общей вариативности (Равич-Щербо И.В. с соавт., 2002). При этом существенная доля средовой дисперсии, после исключения возможной ошибки измерения, объясняется не общесемейными (15 %), а специфическими (25 %) для каждого члена семьи средовыми компонентами, которые, исходя из принципов ге-

но-средовых эффектов, определяются генетическими особенностями индивидуума.

▸ *Егорова М.С.* Генетика поведения: психологический аспект. М.: SocioLogos,1995; *Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.Л.* Психогенетика / Под ред. И.В. Равич-Щербо. М.: Аспект Пресс, 2002; *Рожнова Т.М., Асанов А.Ю.* Психогенетические основы созависимости. Постановка проблемы // Наркология. 2010. № 7(103). С. 84–91

Т.М. Рожнова, А.Ю. Асанов

Психогигиена — прикладное направление гигиены и психологии здоровья, в котором разрабатываются и применяются мероприятия, направленные на профилактику психических заболеваний. Термин «П.» (psychischen Hygiene, mentalhygiene, hygienementale) сформировался в конце 1900-х гг.

Идея психической профилактики возникла в середине XIX в. в психиатрии. Согласно концепции дегенерации, предложенной французским психиатром Б.О. Морелем в 1857 г., причинами болезненных изменений (которые, накапливаясь и передаваясь из поколения к поколению, приводят к вырождению семьи и даже целого народа) могут быть интоксикации (алкоголь, опиум), голод, эпидемии, условия социальной среды (работа на вредных производствах, бедность), а также упадок нравственности и наследственная предрасположенность. Морель выдвинул идею профилактики вырождения, одним из средств которой он считал изоляцию от общества «вредных» индивидов. Другое средство — изменение физических, интеллектуальных и моральных условий существования, что требует объединения усилий врачей, общества и государства.

С распространением понятия социальных болезней (туберкулез, сифилис, алкоголизм и др.) профилактика душевных болезней стала рассматриваться как раздел социальной (общественной) гигиены.

В России вопрос о зависимости душевных болезней от общественных условий, скученности городской жизни, нужды, тяжелого труда публично впервые обсуждался на первом съезде отечественных невропатологов и психиатров в 1887 г., в докладе И.П. Мержеевского «Об условиях, благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России, и о мерах, направленных к их уменьшению». Вопросами профилактики много занимались В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, Г.И. Россолимо и др. Курс по профилактике душевных болезней одним из первых стал читать А.С. Мендельсон в 1901 г. в Петербурге. Еще до возникновения самостоятельного психогигиенического движения, в начале XX в. была предпринята попытка контролировать психическое здоровье рождающегося поколения с помощью «отрицательной» и «положительной» евгеники (первая предполагала стерилизацию преступников и слабоумных; подобные законы были приняты в некоторых из Северо-Американских штатов; вторая означала стимуляцию «здоровых» браков).

В 1909 г. в США был основан Национальный комитет по психической гигиене, который через несколько лет стал государственным; в основе его деятельности лежали три цели: предупреждение нервно-психических заболеваний у здоровых индивидов, создание наиболее благоприятных условий жизни для предрасположенных и организацию лечения уже заболевших. В 1917 г. психогигиеническое общество было основано в Канаде, в 1918 г. — во Франции (в 1920 г. Э. Тулуз открыл первую французскую амбулаторию для приема больных в «пограничных состояниях»). В 1922 г. в Париже состоялся представительный международный конгресс по П. В 1930-е гг. термин «П.» стал вытесняться термином «психическое здоровье». В середине XX в. в работах Э. Фромма, Л. Франка и др. психическое здоровье стало пониматься как полное раскрытие творческих возможностей человека. Идея обращенности на себя, овладения своей психикой, на которой основано современное представление о психическом здоровье, в этих работах преподносилась как гуманистическая ценность. Однако М. Фуко и его последователи (Rose N. и др.) увидели в П. и в общественно санкционированном идеале психического здоровья интериоризованную форму контроля социума над индивидом. Отношения власти, которые ранее врач-психиатр осуществлял над душевнобольным пациентом, теперь разыгрываются внутри индивида.

К специалистам в области практической П. можно отнести и психоаналитиков, и сотрудников врачных контор. Основную их часть, по крайней мере, на Западе, составляют работники государственных и общественных социальных служб, таких как консультации для людей в кризисной ситуации, для наркоманов, для детей с нарушениями развития,

службы семьи, психологическая помощь в армии, центры реабилитации и пр. Большинство практиков пользуются рабочим определением, согласно которому психическое здоровье характеризуется эмоциональным благополучием, сравнительной свободой от тревожности и других симптомов некомпетентности, а также способностью устанавливать конструктивные отношения и отвечать на каждодневные требования жизни. С 1970-х гг. центр тяжести психогигиенических мероприятий передвинулся в локальные сообщества (community mental-health centres), что рассматривается как альтернатива государственным централизованным службам.

Психогигиенические методы — методы, направленные на сохранение психического здоровья и опирающиеся на знания из медицинской гигиены, психиатрии и психологии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.Е. Сироткина

Психодиагностика (греч. psyche — душа и diagnostikos — способный распознавать) — область психологической науки и одновременно важнейшая форма психологической практики, связанные с разработкой и использованием разнообразных методов распознавания индивидуальных психологических особенностей и перспектив развития человека.

Психодиагностические задачи можно рассматривать с трех позиций. Во-первых, в ситуации, когда клиент сам обращается к клиническому психологу с запросом психодиагностического обследования (он охотно идет на сотрудничество, старается выполнять как можно точнее все инструкции без намерений «приукрасить» себя или фальсифицировать результаты). Во-вторых, в ситуации экспертизы; в этом случае клиент, подвергаясь экспертизе, знает об этом и старается выдержать своеобразный «экзамен» (может контролировать свое поведение и ответы для получения приемлемого для себя результата, в некоторых случаях возможна симуляция, например, психического расстройства). В-третьих, в ситуации, в которой строго не оговорено, кто и как будет использовать полученные диагностические данные. В этом случае возможны следующие ситуации: а) данные используются специалистом-смежником для постановки непсихологического диагноза; эта ситуация типична для использования результатов психодиагностического обследования в медицине; психолог при этом не несет ответственности ни за диагноз, ни за лечение, назначенное врачом; б) данные психодиагностического обследования используются самим психологом-диагностом для постановки психологического диагноза, но использовать их будут и специалисты другого профиля; такова, например, ситуация при выявлении психологических причин школьной неуспеваемости; в) данные психодиагностического обследования используются самим психологом-диагностом для разработки, например, коррекционных программ; г) диагностические данные используются самим обследуемым в целях саморазвития, коррекции своего поведения и т. д.; в этом случае психолог-диагност несет ответственность не только за качество проведенного психодиагностического обследования, но и за список тех данных, которые он считает возможным передать клиенту (важно соблюдать принцип «не навреди»).

Психолог-диагност в своей работе применяет различные методы, методики, диагностические процедуры, которые, прежде чем применяться, проходят эмпирическую проверку (выясняется их валидность, надежность и т. п.) в специальных исследованиях.

Существует ряд оснований для классификации психодиагностических методик, одно из них — мера «объективности — субъективности», которой обладают ее результаты (для «объективных методик» влияние психолога-диагноста на интерпретацию результатов является минимальным; для «субъективных методик» результаты интерпретации, наоборот, будут во многом зависеть от опыта психолога-диагноста). В соответствии с рассматриваемой классификацией выделяют следующие группы психодиагностических методик (Шмелев А.Г., 1996):

1. Психофизиологические методики. Диагностически значимые показатели регистрируются по данным различных приборов; в качестве таких показателей могут быть: дыхание, пульс, кожно-гальванические реакции, мышечный тонус и т. д. Однако это не сами поведенческие реакции, а их физиологические индикаторы. Поэтому с точки зрения психологических показателей — это косвенный вид диагностики, чаще всего используется для диагностики функциональных состояний человека.

2. Аппаратурные поведенческие методики. При применении этого класса методик диагностируемые параметры считываются со шкал соответствующих приборов. Диагностируемыми параметрами могут быть: элементарные психические функции (например, чувство равновесия, психомоторная координация), свойства нервной системы, психологическая совместимость и срабатываемость («гомеостат Горбова») и др. Частным случаем аппаратурных методик являются тесты-тренажеры для диагностики определенных профессиональных умений; с их помощью имитируются реальные условия профессиональной деятельности.

3. Объективные тесты. Психологический тест – это стандартизированный инструмент, предназначенный для объективного измерения одного или более аспектов личности. Наиболее существенными признаками тестов являются: а) стандартизация предъявления и обработки результатов; б) независимость результатов от влияния самой экспериментальной ситуации и воздействия психолога-диагноста; в) сопоставимость индивидуальных данных с нормативными.

К объективным тестам относятся те методики, в которых в соответствии с социокультурными нормами возможны объективно «правильные» и «неправильные» ответы. Результаты тестирования обрабатываются по ключу, заданному соответствующим нормативом. В эту категорию попадает большинство тестов на интеллект, тесты специальных способностей, тесты достижений.

4. Тесты-опросники (предполагают набор пунктов, относительно которых обследуемый выносит суждения, используя заданные варианты ответов). Пункты теста-опросника могут апеллировать либо непосредственно к опыту субъекта, либо к мнениям и суждениям, в которых косвенно проявляется его личный опыт или переживания.

Различают опросники-анкеты и личностные опросники. Опросники-анкеты дают возможность получить информацию об обследуемом, не отражающую его непосредственно личностные особенности (это могут быть биографические данные или некоторые установки, например отношение к определенной социальной группе и т. д.). Личностные опросники ориентированы на измерение личностных особенностей обследуемого. Среди таких опросников выделяют несколько групп:

а) типологические опросники (позволяют отнести обследуемого к тому или иному типу, отличающемуся качественно своеобразными проявлениями), например опросник Г.Ю. Айзенка. Часто к этой группе методик относят Миннесотский многопрофильный личностный опросник – MMPI;

б) опросники черт личности (позволяют измерять выраженность тех или иных личностных признаков). Один из наиболее распространенных – 16-факторный личностный опросник Р. Кэттела;

в) опросники мотивов, ценностей, установок, интересов.

5. Методика субъективного шкалирования (обследуемый по предложенным ему шкалам или тем, которые он предлагает, сам оценивает внешние объекты или понятия, а выводы делаются о нем самом). Так, в частности, для диагностики когнитивного стиля используется методика «свободной сортировки Гарднера» (обследуемый оценивает объекты по номинальной шкале сходства): чем больше классов объектов в свободной классификации он изобрел, тем его понятийная система считается более дифференцированной.

6. Проективные методики. Принцип проекции, лежащий в основе этих методик, основан на том, что в разнообразных проявлениях индивида – в его творчестве, в интерпретации различных событий, предпочтениях и т. д. – проявляется его личность, в том числе скрытые, неосознаваемые побуждения, стремления, переживания, конфликты.

Проективные методики предполагают создание для обследуемого достаточно неопределенной ситуации, оставляющей ему свободу действий (в рамках инструкций), что допускает выбор ответа в очень широких пределах. Ответами могут быть как целостные рисунки, так и тексты, и они не могут интерпретироваться как правильные или неправильные. Ответы обследуемого представляют для психолога-диагноста ценность как таковые, как индивидуальные проявления его личностных особенностей, о которых и делаются выводы.

Выделяют следующие группы проективных методик (цит. по Е.Т. Соколовой, 1980):

- методики структурирования. Содержанием работы обследуемого является придание смысла материалу, его структурирование (тест чернильных пятен Роршаха, тест облаков, тест трехмерной проекции и др.);

- методики конструирования: создание целого из отдельных частей (MAPS, тест мира и его разнообразные модификации и др.);
- методики интерпретации: обследуемый интерпретирует события предлагаемых ситуаций, изображений (ТАТ, тест фрустраций Розенцвейга, тест Зонди и др.);
- методики дополнения (неоконченные предложения, неоконченные рассказы, ассоциативный тест Юнга и др.);
- методики катарсиса: творческая деятельность обследуемого в особо организованных условиях (психодрама, проективная игра и др.);
- методики изучения экспрессии (анализ почерка, речевого общения и др.);
- методики изучения продуктов творчества (тест рисования фигуры человека – варианты Гуденау и Маховер, тест рисования дерева К. Коха, тест рисования дома и др.).

С помощью этих групп методик выявляются наиболее существенные свойства личности в их взаимозависимости и целостности функционирования.

7. Стандартизированное аналитическое наблюдение. Психолог-диагност заранее знает, какие факты в поведении наблюдаемого объекта регистрировать и как на основании этих фактов оценивать латентные диагностические переменные.

8. Контент-анализ (анализ содержания). В материале наблюдения подсчитываются частоты появления определенных параметров, а затем по соотношению этих частот делаются психологические выводы.

9. Включенное наблюдение с последующим рейтинг-шкалированием. Часто не представляется возможным организовать наблюдение с привлечением независимых наблюдателей. В такой ситуации к вынесению суждений об объектах наблюдения могут быть привлечены сами участники рассматриваемого процесса. Мера выраженности оцениваемого свойства обеспечивается градацией субъективной оценки по определенной рейтинг-шкале (пятибалльной, семибалльной и т. д.).

10. Психологическая беседа (интервью). Этот метод кажется простым, естественным и эффективным. В действительности интервьюер оказывает на обследуемого воздействие, которым можно считать сами задаваемые ему вопросы. Успех беседы зависит от того, устанавливается или нет доверительный контакт между интервьюером и интервьюируемым. Беседа относится к классу интерактивных методов (методов прямого воздействия).

11. Ролевая игра – особая разновидность интерактивных методов, особенно эффективных для диагностики детей. В игре ребенок проявляет присущие ему черты поведения. Однако правила игры, распределение ролей и поведение конкретных участников могут оказывать серьезное воздействие на ребенка, которое приводит к изменению установок, тактики поведения и т. д.

Методы с 6-го по 11-й являются субъективными методами экспертной оценки; психолог-диагност по определенной процедуре оценивает либо само поведение обследуемого, либо продукты его деятельности. Результаты оценки оказываются зависимыми от его квалификации; самым «уязвимым» методом в этом смысле является психологическая беседа.

Традиционно выделяют также общую психодиагностику и частную.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Карлинская, И.Б. Ханина

Психолог, оказывающий психологическую помощь, – физическое лицо, имеющее высшее психологическое образование (подтвержденное дипломом не ниже уровня специалиста), успешно прошедшее профессиональную стажировку, сдавшее квалификационный экзамен и являющееся членом саморегулируемой организации психологов либо проходящее государственную службу в государственных органах, работающее в государственном учреждении и оказывающее психологическую помощь в соответствии с должностными обязанностями.

Психологическая помощь – система профессиональных мер поддержки и содействия человеку, семье, социальной группе со стороны лиц, оказывающих психологическую помощь: а) в предупреждении, разрешении, преодолении психологических проблем, которые нарушают нормальную жизнедеятельность и препятствуют поддержанию психического здоровья; б) оптимизации психического развития; в) социальной адаптации; г) саморазвитии и самореализации; д) повышении качества жизни и др.

Лица, оказывающие психологическую помощь: а) психологи, работающие в государственных и негосударственных организациях, оказывающих психологическую помощь; б) психологи, занимающиеся предпринимательской деятельностью по оказанию психологической помощи без образования юридического лица (индивидуальные предприниматели).

Самоорганизуемая организация психологов – некоммерческая организация, созданная в целях регулирования и контроля деятельности по оказанию психологической помощи, включенная в государственный реестр саморегулируемых организаций психологов и объединяющая психологов на условиях членства. В нашей стране это Российское психологическое общество.

▸ Проект ФЗ «О психологической помощи населению в Российской Федерации» (№ 553338-6), внесенный в ГД РФ

Н.Д. Творогова

Психология здоровья – 1) раздел клинической психологии, изучающий психологическую составляющую индивидуального здоровья (здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [Устав ВОЗ]), психологические аспекты общественного здоровья; акцент делается на профилактике, ориентированной на модели здоровья; 2) отрасль психологии, изучающая связи психических аспектов поведения со здоровьем и болезнью. Эта область психологии изучает роль поведения в сохранении здоровья и обретении болезни. П. з. больше занимается «нормальным», обычным поведением и «нормальными» психическими процессами в связи со здоровьем и болезнью, чем патологическим поведением и психопатологией; 3) междисциплинарная область психологических знаний о причинах заболеваний, факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека (Ломов Б.Ф., 1984); 4) объединение конкретных достижений теоретической и практической психологии в целях совершенствования и поддержания здоровья, профилактики и лечения болезней, определения этиологических и диагностических коррелятов здоровья, болезни и связанных с ними дисфункций, а также совершенствования системы здравоохранения и его политики в области охраны здоровья (Matarazzo, 1980).

В рамках первого подхода к определению П. з. большое внимание уделяется понятию «состояние субъективного благополучия», изучается его психологическое наполнение.

Проблемы здоровья и болезни описываются в рамках медицинского, личностного и социального подходов. В термине «болезнь» (Б) лучше всего отражается медицинская точка зрения, которая рассматривает Б как состояние организма, характеризуемое отклонениями от нормы по измеримым биологическим и соматическим переменным. Недуг (Н) определяется как состояние нездоровья, главным образом с психологической стороны: кроме соматических проблем в определении Н существенную роль играют субъективные психологические симптомы. Заболевание (З) также является субъективным понятием, отражающим социальные аспекты и последствия (неспособность трудиться, прикованность к постели и пр.) нарушения здоровья (заболеваемость – показатель распространения болезней, выявленных и зарегистрированных в течение года среди населения в целом или в отдельных специально выделенных группах). Лица, имеющие недуг (Н) или не имеющие недуга (НН), могут оказаться, с точки зрения врача, носителями болезни (Б) или не имеющими ее (НБ) и при этом являться заболевшими (З) или не заболевшими (НЗ) с точки зрения социальной. Проблема адекватного определения здоровья и болезни снимается полностью только в случае совпадения всех трех параметров (например, Н + Б + З – для случая терминальной стадии рака; или НН + НБ + НЗ – для абсолютно здорового человека) (Мейес С., Элдерен Т., 2002). Специалистов, занимающихся психологией здоровья, больше интересуют вопросы восприятия проблем, связанных со здоровьем, и субъективного отражения недуга, чем относительно более объективные биологические, социальные и экологические аспекты здоровья.

В медицине Ю.П. Лисицын ввел термин «санология» (здоровье здоровых людей); И.Л. Брехман в 1990 г. предложил использовать термин «валеология» (вместо «санология»). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – ключевая международная организация, работающая в области охраны

здоровья; занимается вопросами статистики в области здоровья, обобщением мировых научных исследований в данной сфере, сотрудничеством по охране здоровья, выработкой рекомендаций и программных документов, др. Последние десятилетия проводятся международные конференции по психологии здоровья; в составе Европейской федерации психологических ассоциаций (EFPA) создан и активно функционирует Комитет по психологии и здоровью (SC on Psychology and Health), в состав которого включены и отечественные психологи. В российском психологическом обществе около 10 лет назад создана секция «Психология здоровья», которая координирует работу отечественных психологов, изучающих психологические аспекты здоровья. Дата принятия Устава ВОЗ (7 апреля) отмечается как «Всемирный день здоровья».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психология телесности – одно из направлений клинической психологии, находящееся на стыке психологической, культурологической и семиотической проблематики и предполагающее расширение закономерностей психического до области телесного.

В процессе онтогенеза телесность, не переставая обладать своей природной сущностью, становится первым универсальным знаком и орудием человека. Свое субъективное существование телесность получает в системе интрацептивной категоризации, языка тела. Тело не является абсолютно «прозрачным» инструментом, полностью подчиненным сознанию, не всегда ограничивается ролью своеобразного «зонда» сознания, существуя для него (осознаваясь) лишь на уровне своих границ, отделяющих мир от субъекта. Тело характеризуется активностью и в онтогенезе требует своего освоения, постоянного приспособления к нему.

В случае патологии нарушается его нормальное функционирование, оно начинает выступать для личности как объективированная реальность, имеющая определенное чувственное содержание, «чувственную ткань». На первых этапах телесного восприятия используются преимущественно эмоционально-оценочные координаты, категории самочувствия (ощущения зыбки, неопределенны, лабильны, плохо локализованы). Благодаря первичному означению телесные ощущения превращаются в перцептивный образ, ядром которого является схема тела (телесные ощущения становятся конкретными, стабильными, локализованными, сравнимыми по степени интенсивности, модальности, могут быть вербализованы и соотнесены с культурными перцептивными и языковыми эталонами). Специфические субъективные особенности категориальной сети налагают на интрацептивное восприятие соответствующие ограничения, что может служить источником искажений. Вторичное означение чувственная ткань получает через создание «концепции болезни»: ощущения становятся симптомами, означающими болезнь и означенными ею. Значение болезни для заболевшего формируется через преломление ее субъективной картины в структуре его потребностей, мотивов, приобретая тем самым личностный смысл. Личностный смысл болезни (например, «неприемлемость» болезни или, напротив, ее «условная желательность» и приносимые ею вторичные выгоды) также может приводить к искажению интрацептивного восприятия.

Объективная (подчиняется физическим закономерностям) и субъективная (подчиняется психологическим закономерностям) стороны заболевания и лечения совпадают лишь в предельной абстракции. Телесное интрацептивное ощущение следует рассматривать как сложную знаково-символическую структуру, а не как рефлекторное отражение натурального состояния, простое возбуждение интерорецепторов. По мнению экспертов ВОЗ, одной из самых важных медицинских проблем ближайших десятилетий является невозможность эффективного лечения большого числа больных, обращающихся в учреждения медико-санитарной помощи с постоянными жалобами, которые трудно соотнести с тем или иным органическим поражением (Сарториус Н., 1983).

Традиционные методы лечения должны быть дополнены мероприятиями по повышению субъективной ценности здорового образа жизни, ответственности за свое здоровье, с учетом личностного смысла здоровья и болезни, коррекцией неадекватных мифов и пр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Ш. Тхостов

Психопрофилактика (греч. psyche – душа и prophylaktikos – предохранительный) – область клинической психологии, задачей которой является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций. Методы П. включают: а) психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, телефонов доверия и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям; б) массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними; в) информирование населения и т. д. Специальными задачами П. являются помощь людям в кризисных ситуациях семейного, учебного или производственного характера, работа с молодыми и распадающимися семьями и т. п.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.М. Эткинд

Психосексуального развития концепция (в психоанализе) – описывает процесс последовательного развития и взаимодействия телесных, сексуальных и психических функций, структур и систем, результатом которых является созревание личности человека как биологического и социального индивида.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Психосоматика (греч. psyche – душа и soma – тело) – междисциплинарное направление психологии, психиатрии и общей медицины, выступающее как комплекс теоретических воззрений, методологии и методов исследования, диагностики и терапии, основывающийся на признании взаимосвязи психического и физиологического (душевного и телесного) во всей сложности их соотношений. Понятие «психосоматический» впервые было использовано Гейнротом в 1818 г., получило распространение в 30–50-х гг. XX в. (период начала издания в США журнала «Психосоматическая медицина» (1939) и создания Американского психосоматического общества, 1950 г.). Как междисциплинарное направление П. складывалась в 50-х гг. XX в. вследствие теоретической, организационной и терапевтической деятельности ее основателей (Александер Ф., Джелифф С., Данар Ф., Вейсс Э., Инглиш О. и др.).

По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) психосоматические нарушения относятся к группе психоневрозов с соматическими расстройствами. По мнению лидеров П., почти все заболевания в известной мере психосоматичны и более 50 % органических болезней имеют психогенный характер. К ним относят гипертонию, язву желудка, бронхиальную астму, сахарный диабет, ревматический артрит, болезни кожи, сексуальные болезни, некоторые виды рака и многие другие. Выделяют 4 группы факторов, влияющих на соматические заболевания: 1) предиспозиционные факторы (их выраженность позволяет отнести людей к группе риска); 2) факторы-триггеры (являются причиной или одной из причин заболевания); 3) факторы хронификации; 4) факторы-буферы (препятствующие дальнейшему развитию или хронификации заболевания).

Основным методом психосоматического лечения является психотерапия, ориентированная преимущественно на: 1) установление вытесненных в бессознательное влечений и желаний и выявление скрытых связей между психическими (эмоциональными, личностными) конфликтами и соматическими симптомами, 2) их коррекцию.

Резкой и несправедливой критике П. была подвергнута в нашей стране после так называемой павловской сессии АН СССР и АМН СССР, что надолго задержало ее развитие в СССР.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Психосоматика (в философии) (греч. psyche – душа и soma – тело) – направления медицинской и психологической науки и практики, изучающие комплекс проблем, связанных с взаимным влиянием психики и физиологических механизмов на нормальное функционирование органов и организма человека. К ним, в частности, относится проблема воздействия на организм человека внушением, в том числе разнообразные приемы так называемой

народной медицины. Психосоматическая медицина рассматривается как концептуальная ориентировка ученых и врачей на взаимодействие и взаимовлияние психических и соматических факторов в этиологии, патогенезе, диагностике, терапии, профилактике и реабилитации заболеваний.

Изучение психических факторов, воздействующих на физиологическое состояние человека, стало активно развиваться уже в конце XIX века. Термин «П.» введен Хайнротом несколько раньше – в 1818 г.; он в болезни человека усмотрел наряду с биологическим фактором и патогенный психосоциальный компонент, которому отвел весьма важную роль в возникновении и течении болезней у человека. В наши дни П. стала научной и практической сферой деятельности в системе здравоохранения. Это конкретная область медицинского познания и лечения человека; исследования в области П. проводят не только врачи, но и медицинские психологи.

Сам факт возникновения и развития психосоматической медицины свидетельствует об органическом единстве соматического и психического в генезе здоровья и болезней. При этом указывается на социально-информационные перегрузки сознания современного человека. Значительное увеличение доли его умственного труда при заметном снижении физических нагрузок поставило перед философией науки и медициной задачу осмысления диалектики психосоматического единства и противоречия в целостной структуре личности. Отсюда правомерна оценка П. как адекватной реакции человека на все негативное в жизнедеятельности людей, но особенно стрессовые и психоэмоциональные воздействия на организм и нервную систему изменяющейся природной и социально-культурной среды.

Жизнедеятельность современного человека, особенно в условиях научно-технического и технологического прогресса, настолько интеллектуально и психоэмоционально напряжена, что она объективно наполняется массой патогенных, стрессогенных ситуаций и факторов. Ведь современный человек живет в особой эмоциональной и информационной среде, условия и факторы которой наряду с положительным оказывают и отрицательное влияние на его психическое и физическое здоровье. Об остроте современной психосоматической ситуации свидетельствует то обстоятельство, что ныне примерно 90 % всех заболеваний в той или иной мере связаны с психическим стрессом. В этих условиях назрела необходимость в разработке и обосновании предельно допустимых психических нагрузок на человека. Это побуждает медиков, психологов и философов медицины разработать современные философско-методологические и научно-методические основы психогигиенических нормативов.

Современная медицина достигла такого уровня развития, когда становится возможным разработка научной теории управления здоровьем человека, его психо- и соматогенезом и внедрение ее результатов в практическую деятельность врачей. В этой связи возросли роль и значение владения всеми врачами искусством философско-психологического воздействия на сознание пациентов. Ведь большое значение в лечении имеют такие психологические и социально-философские факторы, как авторитет врача и магическое воздействие его слова, а также разум, память, устремленность, смелость, воля пациента, которые, мобилизуя внутренние силы человека, обеспечивают преодоление внешних, а порой и ряда внутренних препятствий, иногда, казалось бы, непреодолимых.

Своими корнями психосоматическая проблематика уходит в глубь истории. Однако медицина долгое время ориентировалась только на соматоцентристский подход. В ней недооценивалось значение психического фактора, как в нормальной, так и в патологической жизнедеятельности человека.

В отечественной медицине первое научное осмысление психических (духовных) причин телесных заболеваний было предпринято в рамках гигиены такими учеными, как А.И. Якобия и его ученик И.П. Скворцов. В монографиях «О влиянии душевного состояния человека на происхождение, течение и исход болезней» и «О воспитании с гигиенической точки зрения» было сформулировано понятие о психогигиене. Научные исследования по изучению зависимости телесных процессов от психического состояния человека впервые были выполнены И.М. Сеченовым, затем И.П. Павловым и др. В многочисленных работах отечественных ученых подробно исследована зависимость функционирования органов и систем организма от деятельности мозга (Симонов П.В., 2004).

Ныне П. стала ключевой сферой в медицине как целостный комплекс проблем, связанных с взаим-

ным влиянием психики и физиологических механизмов в жизнедеятельности организма человека.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001; *Симонов П.В.* Избранные труды. Т. 1. Мозг: эмоции, потребности, поведение. М., 2004; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Психотерапия (от греч. psyche – душа и therapeia – уход, лечение) – раздел медицины и клинической психологии, связанный с оказанием профессиональной психологической помощи больным и относительно здоровым людям: 1) при душевных расстройствах (клиническая П.); 2) разрешении возникающих у людей проблем и затруднений психологического характера (психологическая П.); 3) возникающих потребностях изменить отношение к социальному окружению и собственной личности, разрешить семейные проблемы, улучшить качество жизни (прагматическая П.). Подобная помощь оказывается в двух основных формах: индивидуальной (консультирование) и групповой, основывающейся на групповых формах взаимодействия (играх, дискуссиях и т. п.).

В настоящее время П. – широкая область научного знания. Ее возникновение связывают с немецкой психиатрией. Понятие «П.» было впервые употреблено Д. Тьюком (Tuke D.H.) в книге «Иллюстрация влияния разума на тело» (1872), одна из глав которой так и называлась – «Психотерапия». Общеупотребительным понятие «П.» становится в 90-х гг. XIX в. в связи с развитием техники гипноза. (Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского, 1998). Впоследствии основоположники клинической П. – немецкий психиатр Э. Кречмер (1888–1964), отечественный психиатр С.И. Конторум (1890–1950) и др. исходили из того, что клиническая П. должна основываться на естественнонаучном изучении вместе с пациентом природы его страдания. То есть это всегда должна была быть одухотворенно-реалистическая и педагогически-воспитательная работа, отправляющаяся от клинической картины и характера пациента (Бурно М.Е, 2003).

Почти до 80-х гг. XX в. понятие «П.» и в Европе, и в России относилось к медицине. Однако впоследствии оно не оставалось чисто медицинским. После принятия Европейской ассоциацией психотерапевтов Декларации по П. (Страсбург, 1990 г.) П. определялась как: 1) дисциплина из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию; 2) психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности; 3) гарантированным является многообразие психотерапевтических методов; 4) образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально и включать: теорию, личный терапевтический опыт и супервизию; одновременно приобретаются широкие представления о других методах; 5) доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности, в области гуманитарных и общественных наук.

В России после этого на протяжении десяти лет (1990–2000) велась острая дискуссия среди врачей-психотерапевтов (представителей медицинской парадигмы П.) и медицинских психологов-психотерапевтов, выпускниками факультетов психологии ряда вузов РФ (представителями гуманистической, не медицинской парадигмы П.). Суть спора заключалась в том, имеют ли право психологи, не имеющие базового медицинского образования, оказывать психотерапевтическую помощь пациентам. В конце концов до сознания спорящих сторон была доведена идея о том, что психологи-психотерапевты имеют дело не с душевными расстройствами людей (эта область всегда оставалась за психиатрами и врачами-психотерапевтами), а с психологическими проблемами относительно здоровых людей (проблемами адаптации, коммуникации и взаимоотношений на работе, в семье, в социуме и т. п.). Проблема профессионального самоопределения в П. разрешилась в 2000 г., когда в РФ был утвержден Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 022700 «Клиническая психология», который позволил факультетам психологии соответствующих вузов РФ готовить клинических психологов, специализирующихся в области нейропсихологии, патопсихологии, психосоматике, психологии аномального развития, психотерапии и других направлениях клинической психологии. В последние годы в П. наблюдается все большая интеграция методов и технологий клинической (врачебной) и психологической (неврачебной) П., а также совместная психотерапевтическая работа врачей и психологов.

Учитывая все многообразие концепций, методов, моделей П., социокультурных феноменов, Б.Д. Карвасарский (1998) предложил рассматривать существование П. в трех основных сферах общественного сознания: 1) академической, которая предполагает разработку научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения; 2) альтернативной, которая основывается на различных исторически обусловленных эзотерических и религиозных системах; 3) интуитивной, которая является результатом влияния первых двух на обыденное сознание большинства общества. Существование П. в этих сферах определяет процессы ее развития, причем если академическая и альтернативная сфера являются «поставщиками» моделей, концепций, практических подходов, то интуитивная сфера определяет признание той или иной концепции в обществе. Так, например, сочетание ряда социокультурных факторов способствовало активному распространению психоанализа в Европе в конце XIX – начале XX в., а также всплеску интереса к П. в альтернативной сфере и т. д.

С развитием П. возникла потребность в систематизации и классификации ее методов. По направлениям П. и возникшим на их основе методам в самом общем виде выделяли: 1) психоаналитическое (психодинамическое) направление П.; 2) бихевиористское направление (поведенческую П.); 3) гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное направление П.). Все эти направления были ориентированы на личностные изменения и имели в основании независимые личностные концепции и соответствующие психотерапевтические системы. В рамках этих направлений и вне их разрабатывались сотни видов, подходов, методов, методик, технических приемов П. (в настоящее время их насчитывается более 400), которые классифицировали: 1) по характеру техник (гипноз, релаксация, психогимнастика, НЛП и др.; 2) «психотерапевтическому инструменту» (сам психотерапевт или группа); 3) степени интервенции (вмешательству) в психотерапевтический процесс; 4) поставленным целям (поддерживающая П., переучивающая П., реконструктивная П.); 5) клинической практике (симптомоцентрированная П., личностно-центрированная П., социоцентрированная П.); 6) использованию лечебного влияния искусства и природы (библиотерапия, музыкотерапия, арт-терапия, имаготерапия, натурпсихотерапия, терапия творческим самовыражением и др.).

Ни один из существующих методов, как отмечает Б.Д. Карвасарский, не является самым лучшим, разные методы преследуют разные цели и применимы не ко всем пациентам, а к определенным их группам. Выбор методов зависит от психотерапевта, его личности, уровня подготовленности и теоретической ориентации.

В этой связи следует отметить еще один нетрадиционный подход к систематизации путей развития П., предложенный М.Е. Бурно, где основными признаками систематизации выступают: природа души (личностная природа), характер (конституция) и мировоззрение-мироощущение создателей того или иного направления П. (Практическое руководство по терапии творческим самовыражением / Под ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. М., 2003). Как правило, личностная природа авторов тех или иных концепций не выступает основанием систематизации созданного ими «интеллектуального продукта» (личность творца и суть его творчества не рассматриваются наукой во взаимодействии, хотя это взаимодействие часто выступает предметом искусства). Тем более интересен такой подход, поскольку П. только становится наукой в классическом понимании этого слова.

В самом общем виде М.Е. Бурно выделяет четыре более или менее самостоятельных сложившихся в мире области П. в соответствии с личностной природой и мировоззрением-мироощущением их творцов и последователей: 1) клиническая П.; 2) психологическая П.; 3) полифоническая («сюрреалистическая» и «постимпрессионистическая») П.; 4) прагматически-техническая П.

Клиническая П., по существу, наследует традиционный подход, который вершился психотерапевтами естественнонаучного, материалистического склада. Это П. для больных (для пациентов, «клинических случаев»), хотя при этом используются методы, применяемые и для П. здоровых (гипнотические методы, когнитивно-поведенческие, экзистенциально-гуманистические, аналитические, приемы терапии творческого самовыражения). Однако все перечисленные и другие методы используются в клинико-психотерапевтическом их преломлении, т. е. строго сообразуясь с клинической картиной характерологической почвы (Кор-

саков С.С., Бехтерев В.М., Платонов К.К., Александер Ф., Мюллер М., Блейлер Э., Кречмер Э., и др.).

Психологическая П. идет не от клиники характера, а от определенной теоретической системы, концепции. Она обнаруживает в себе психологические, педагогические, философские и социологические модели П., опирающиеся на мироощущение и мировоззрение, характерное для психодинамических, экзистенциально-гуманистических подходов, др., а также П., опирающуюся на разнообразные религиозные представления и традиционные духовные практики (например, православная П., шаманская П., др.). (Фрейд З., Адлер А., Фромм Э., Роджерс К., Маслоу А., Мясищев В.Н., Франкл В., Берн Э., Кречмер В. и др.).

Полифоническая («сюрреалистическая» и «постимпрессионистическая») П. опирается одновременно и на материалистическое, и на идеалистическое мироощущение. Причина такого «расщепления» – в особенностях природного характера творцов, к которым М.Е. Бурно относит Парацельса, Юнга, Райха, Перлза, Лакана. Из этого, конечно, не следует, что все сегодняшние юнгианцы, лакановцы, телесно-ориентированные психотерапевты и гештальтисты – люди полифонического склада души. Как раз большинство из них отличалось хорошим душевным здоровьем, и благодаря их трудам удалось сделать доступными для П. творчество «отцов-первооткрывателей» (так, современные представители этого направления уже не сердятся на свои архетипы, подобно К. Юнгу, которому приходилось «приручать» последние, поскольку они «вмешивались» в его мысли).

Прагматически-техническая П., в отличие от первых трех направлений П., отвергает за ненадобностью мироощущения-мировоззрения и теории. Это направление имеет дело в основном со здоровыми людьми и легкими невротиками и не требует целительного личностного сопереживания психотерапевта. Используются техники НЛП, некоторые сугубо технические когнитивно-поведенческие приемы, многие гипнотически-эриксонианские и гештальт-техники. Впрочем, техники часто перемешиваются между собой и создаются достаточно совершенные условно-рефлекторные формы, позволяющие психотерапевту манипулировать человеком (подобно тому, как это манипулирование возможно посредством художественных произведений массовой культуры).

Здесь важно отметить, что, по мнению М.Е. Бурно, большинство современных людей душевно здоровы и при этом не отличаются глубиной и сложностью переживаний, неискоренимыми патологическими характерами, депрессивными страданиями. А там, где нет глубоких интересов, без удовлетворения которых человек плохо себя чувствует, обычно царствуют мода и служение влечениям. Преподаватели прагматически-технической П., отвечая на запрос массовой П., учат своих учеников зарабатывать деньги.

В настоящее время предлагаются и другие классификации видов П.

В России развивается множество отечественных и зарубежных направлений П.; в последнее время наблюдается все большая интеграция П. в здравоохранение, социальные сферы (реабилитация и профилактика пациентов после болезни, психотерапевтическая поддержка инвалидов и престарелых людей, реабилитация людей при спасательных работах и катастрофах, П. людей при различных возрастных кризисах, работа с подростками и семьями и др.) Одновременно развиваются различные системы и формы оказания психотерапевтической помощи: психотерапевтические центры, кабинеты социально-психологической помощи, телефоны доверия и др.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Психотоксикология (греч. toxikon – яд и logos – учение) – раздел медицинской психологии, изучающий проявления и способы коррекции психических нарушений, которые вызываются химическими веществами, именуемыми галлюциногенами (например, делизид, мескалин, псилоцибин и др.). Такие вещества обладают весьма выраженной избирательной повреждающей активностью по отношению к мозгу, вызывая уже в крайне ничтожных дозах (миллионных долях грамма) психические расстройства (возникают красочные галлюцинации, нарушения памяти, внимания, мыслительных процессов, эмоций, появляется бредовое поведение, общее психомоторное возбуждение и т. п.).

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Л. Зюбан

Психофармакология (греч. pharmakon – лекарство и logos – учение) – раздел клинической психологии, сложившийся на стыке фармакологии, медицинской психологии (патопсихологии) и нейрофизиологии, изучающий воздействие на психику человека фармакологических средств, среди которых особое место занимают психотропные средства.

Разработка и внедрение эффективных лекарственных средств для лечения нервно-психических расстройств, купирования бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения, нарушений памяти, депрессий и т. д. осуществляются под обязательным контролем врача. В последнее время стала формироваться профессиональная П., ориентированная на коррекцию психического состояния человека в экстремальных условиях его деятельности (эмоционального напряжения, утомления, адаптации к чрезвычайным экологическим факторам). Наряду с клиническими и физиологическими методами П. использует также психологические методы исследования, вскрывая с их помощью глубинные механизмы зависимости психических функций от их биологического субстрата – мозга. Достижения П. имеют важное естественнонаучное и философское значение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Л. Зюбан

Реабилитология (франц. rehabilitation, от лат. приставки re – вновь и habilis – удобный, приспособленный) – междисциплинарная наука (немедицинского профиля) о процессе восстановления функций человека в условиях ограниченной свободы его действий. С утилитарной точки зрения реабилитация рассматривается как процесс и система восстановления способностей человека с ограниченными возможностями к бытовой, общественной, профессиональной деятельности. Системообразующим фактором при этом является конечный социальный результат: достигнутый уровень, объем, масштаб независимой жизнедеятельности этого человека. Предметом Р. является не только сам человек и его нарушенные возможности, но и взаимосвязи, которые нарушаются между ним и обществом, а объектами – сопряженные в процессе взаимодействия субъекты и объекты социальной и физической среды. Акцент делается не только на потенциальных возможностях человека, но и на том, чем располагает общество, на действиях со стороны общества и на формах взаимодействия человека и общества. Человек изучается в контексте био-социо-эколого-экономической системы. Деятельность Р. как научно-практической отрасли направлена на создание качественно более высокого с социальной точки зрения уровня жизни для нуждающихся в реабилитации граждан, на повышение качества жизни отдельных групп населения.

Исторически Р. развивалась преимущественно эмпирически в процессе проведения медицинских и социальных мероприятий, особенно при оказании помощи людям, страдающим неизбежными или неизлечимыми формами заболевания. С этиологической точки зрения это прежде всего касается последствий инфекционных болезней (например, туберкулеза или полиомиелита). Международный опыт показывает, что развитие Р. в стране стимулирует и профилактические направления (например, снижающие заболеваемость инфарктом, инсультом и другой патологией, имеющей тяжкие инвалидизирующие последствия).

Реабилитация – 1) в медицине – комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов (Медицинская энциклопедия, 1995); 2) комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки и переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности (Комитет экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации, 1970); 3) комплекс мероприятий лечебного, физического, психологического, социального, профессионального и педагогического характера, направленных на возможно достижимое для данного индивидуума восстановление здоровья, физического, психологического и социального (включая трудоспособность) статусов, утраченных в результате заболевания или травмы (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984).

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Сексология (от лат. sexus – пол и греч. logos – наука) – междисциплинарная отрасль знания, в широком смысле слова изучающая закономерности половой дифференциации, а в более узком – сексуальное поведение и мотивацию. Термин ввел В.В. Розанов в 1909 г. Первый блок проблем современной С. – биолого-медицинские исследования полового диморфизма, соматических, нейрогормональных, биолого-эволюционных и иных природных детерминант и элементов репродуктивной системы, сексуального возбуждения и поведения. Второе направление исследований – социальные и историко-культурные проблемы нормативных аспектов пола и сексуальности, стереотипов маскулинности и феминности, институциональных рамок сексуального поведения, социальных представлений о «правильном» и «неправильном» поведении и того, как эти представления влияют на реальное поведение людей в разных обществах, средах и социальных группах. Третья составляющая проблемного поля С. – психологические исследования сексуальной мотивации и поведения, начиная с его психофизиологических механизмов и кончая социально-психологическими процессами сексуальной аттракции, влюбленности, партнерских взаимоотношений и т. д. Каждая из специальных дисциплин, составляющих С., имеет свою собственную методологию, технику и понятийный аппарат, однако они остро нуждаются в теоретическом синтезе. С. не отрицает значения биологических факторов сексуальности, но вместе с тем считает последнюю продуктом социокультурного развития индивида и общества, старается избегать жесткого нормативизма, признает наличие множества индивидуальных и групповых различий эротического воображения («сексуальный сценарий») и поведения людей. С. тесно связана со всеми основными направлениями психологии, имеет важное практическое, прикладное, прежде всего медицинское (сексопатология, гинекология, гигиена пола) и социально-педагогическое (половое воспитание и просвещение) значение.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.С. Кон

Сексопатология (sexopathology) – междисциплинарная область, изучающая сексуальные расстройства, разрабатывающая методы диагностики, коррекции и лечения; развивает концепцию сексуального здоровья. Научные исследования по С. развиваются с XIX в. (Крафт-Эбинг Р., Молль А., Блох И., Фрейд З., Эллис Г.Х.) и направлены на синтез медико-биологических, культурно-исторических и психологических знаний. Первый научный центр – Институт сексологии (Германия) основан в 1919 г. М. Хиршфельдом. Наряду с психоаналитическими исследованиями с начала XX в. проводятся массовые опросы (Кинзи А.), результаты которых позволили пересмотреть границы нормы и патологии и радикально изменили отношение общества к С., а часть феноменов перестала рассматриваться как проявление сексуальной патологии. Современные методы коррекции и психотерапии в С.: психоанализ, поведенческая, когнитивная, суггестивная и др.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.П. Зинченко

Системные основы общения (в физиологии) – сформулированная П.К. Анохиным общая теория функциональных систем (Анохин, 1968) как одно из направлений системного подхода к явлениям природы и общества (фон Берталанфи Л.), системного подхода к психофизиологическим основам общения (в основе общения живых существ лежат системные механизмы). Функциональные системы – динамические, самоорганизующиеся и саморегулирующиеся построения, все составные элементы которых взаимодействуют и взаимосодействуют достижению полезных для отдельных индивидов и сообществ приспособительных результатов (Судаков К.В., 2007). В качестве полезных приспособительных результатов общения людей выступают показатели жизнедеятельности, удовлетворяющие их витальные и социальные потребности. Динамика системных процессов общения определяется системоквантами психической и поведенческой деятельности людей – от потребности к ее удовлетворению.

Общение людей может осуществляться с неодушевленными предметами, животными, друг с другом и группами, с самим собой. Для людей, в отличие от животных, характерно социальное общение друг с другом и с государственными и общественными организациями. Общение людей, как прави-

ло, строится на эмоциональной и словесной основе соответствующих функциональных систем, составляющей их информационную сущность. Согласно теории функциональных систем, процесс общения людей формируется системной архитектоникой психической деятельности, включающей такие узловые стадии, как афферентный синтез, принятие решения, предвидение потребных результатов (акцептор результатов действия), эфферентный синтез, поведение и постоянная оценка параметров достигаемых субъектами результатов акцептором результатов действия с помощью обратной афферентации. Общение людей происходит на основе принципа доминанты (Ухтомский А.А., 1997). Посредством доминанты живой организм устанавливает свое отношение к среде – не как пассивный наблюдатель, а как активное существо. Доминанта определяет подчас подсознательную установку личности на восприятие определенной субъективно окрашенной информации. При этом доминирующая потребность и сформированная на ее основе доминирующая мотивация завладевают сознанием. Другие потребности либо способствуют доминирующей деятельности, либо вытормаживаются. В групповой деятельности в процессе общения нередко формируется лидер, берущий на себя функции доминирования в определенной деятельности.

Главенствующая роль в общении людей принадлежит ведущим компонентам афферентного синтеза – доминирующей мотивации и памяти. Не меньшую значимость в общении имеет информация об удовлетворении исходных потребностей – подкрепление. Удовлетворение в процессе общения потребности сопровождается в различной степени выраженной положительной эмоцией. Неудовлетворенная потребность сопровождается отрицательной эмоцией, которая в определенной степени стимулирует деятельность субъектов, направленную на удовлетворение их ведущих потребностей, т. е. достижение полезных социально или индивидуально значимых результатов.

В функциональных системах, определяющих общение людей, так же как и в других функциональных системах, имеется аппарат прогнозирования и контроля результатов их деятельности – акцептор результатов деятельности. Этот аппарат постоянно оценивает результаты общения людей друг с другом, с правительственными, законодательными, политическими, религиозными, образовательными и другими учреждениями; определяет целенаправленную деятельность собеседников и обогащается в процессе общения. Общение строится на взаимодействии акцепторов результатов действия собеседников. В процессе его формируются жизненные стереотипы, определяющие интеллект личностей. Формированию интеллекта людей способствует общение и с произведениями культуры: книгами, музеями, памятниками архитектуры и т. д. Воспринимая окружающий мир, человек, естественно, видит лишь то, что нужно ему для удовлетворения своих потребностей. Свои устоявшиеся стереотипы (восприятия, мышления, поведения) он нередко считает единственно истинными, правильными. И только с того момента, писал А.А. Ухтомский, когда человек пробьет скорлупу своего одиночества и поставит центр тяготения на лице другого, он впервые получает во встречном Собеседника. При групповом общении может наблюдаться мультипараметрическое взаимодействие, когда изменение параметров результатов деятельности одной группы людей перестраивает результативную деятельность других групп.

Все большую роль в общении современных людей играют мобильные телефоны, электронная почта, факс, интернет, радио- и телекоммуникации и др. Общение людей все активнее распространяется на космическую сферу. Человечество все активнее познает информационную сущность ноосферы (Вернадский В.И.), которая, в свою очередь, оказывает существенное влияние на деятельность людей. Гармоническое общение человечества с информационными сферами Земли и Космоса – необходимое условие прогрессивного развития человеческого общества. Сбои и нарушения в физиологических процессах, обеспечивающих общение (так же, как и анатомические нарушения органов человеческого организма, обеспечивающих общение на уровне организма субъекта общения), неизбежно приводят к кратковременным или долговременным нарушениям общения человека.

▸ *Анохин П.К.* Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Судаков К.В.* Развитие теории функциональных систем. М., 2007; *Ухтомский А.А.* Заслуженный собеседник. Этика, религия, наука. Рыбинск, 1997

К.В. Судаков

Социальная психиатрия — широкая междисциплинарная область исследований и практических применений, включающая данные психиатрии, социологии, медицинской психологии, психотерапии. В центре С. п. находятся проблемы психического здоровья индивида в его взаимодействии с социальной средой.

До настоящего времени С. п. не имеет своей устоявшейся научной концепции и общепризнанной дефиниции. Разброс мнений относительно предмета С. п. чрезвычайно широк. Так, один из ведущих представителей социального направления отечественной психиатрии М.М. Кабанов (1990) отмечает, что в силу тесной связи проблем социальной и клинической психиатрии граница между ними весьма условна. И.Н. Гурвич (1990) определяет предмет С. п. как анализ психического здоровья отдельных групп населения в связи с социальными условиями их жизнедеятельности.

Американский психиатр E. Sorel (1989) предлагает рассматривать С. п. как науку о человеке, которая в силу своей системной ориентации и гуманистической традиции должна занять ведущее положение в интеграции семейной и культуральной психиатрии с психобиологическими аспектами.

Английский ученый A. Leighton (1960) постулирует 5 положений, составляющих суть предмета С. п.: 1) ориентация на общность людей; 2) ориентация на социокультурные процессы в обществе и использование их при оказании помощи психически больным; 3) большая ответственность перед обществом, чем перед конкретным пациентом; 4) привнесение клинических знаний в социальные системы общества; 5) привнесение в клиническую психиатрию знания общественных наук о поведении человека.

Одним из лидеров немецкой С. п. K. Doerner (1995) сформулировано 9 базисных принципов С. п., резюмирующим среди которых является следующий: предмет С. п. составляют эмпирические исследования и терапевтическая практика, направленные на реадаптацию психически больного и интеграцию его в социальную реальность.

Таким образом, С. п. необходимо рассматривать как направление психиатрической науки и практики, находящееся во взаимосвязи с рядом смежных дисциплин. По мнению C. Redlich (1987), С. п. имеет научные корни не только в психиатрии, но и в социологии и социальной психологии, а практические корни — в контактах между больными, родственниками, социальным окружением, врачами.

Рассматривая возможные дефиниции С. п., следует привести некоторые, соответствующие комплексному и целостному пониманию предмета С. п. Так, в фундаментальном английском руководстве «Основы социальной психиатрии» (1993) J.P. Leff дает такое определение: «Социальная психиатрия изучает влияние социальной среды на психически больного и влияние психически больного на социальную среду».

Согласно дефиниции представителя немецкой С. п. H. Strotzka (1965), С. п. — это раздел социальной медицины, изучающий значение социальных и культурных факторов для психического здоровья и его расстройств. По мнению исследователя, С. п. рассматривает психосоциально зависимые расстройства (от психосоциальной дезадаптации до неврозов и психосоматических расстройств).

Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий (1994) рассматривают С. п. как самостоятельный раздел психиатрии, изучающий влияние факторов социальной среды на психическое здоровье, их связь с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии.

Формулируя конкретные задачи данного раздела науки, швейцарский психиатр L. Ciompi (1990) выделяет следующие: 1) изучение взаимосвязи между конкретными формами психических расстройств и определенными социальными факторами, и при наличии таковых, механизмов их реализации; 2) определение необходимой терапевтической среды (культурального, семейного, человеческого окружения) для эффективного лечения определенных форм психических расстройств; 3) изучение влияния факторов социальной среды на биологический субстрат психического заболевания.

H. Strotzka (1958) определяет задачи С. п. несколько по-иному: 1) изучение роли социальных факторов в диагностике и лечении психически больного индивида; 2) культуральные и эпидемиологические исследования психических расстройств; 3) совершенствование социальной помощи психически

больным; 4) профилактическое и терапевтическое применение групповой динамики и групповой терапии.

При рассмотрении методологии С. п. подчеркивается необходимость системного, междисциплинарного подхода, обусловленного местом и взаимосвязью С. п. с другими науками. Условно методы С. п. можно разделить на две группы: научно-исследовательские и практические. К первым относят: 1) эпидемиологический; 2) клинико-психопатологический; 3) социологические (социально-демографический, социометрический, транскультурный и др.). Что касается второй группы методов, то к ним относятся практические формы социально-психиатрической помощи больным.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.В. Маркова

Специальная психология — область психологии развития, которая изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими их потребность в особых условиях обучения и воспитания. Становление С. п. происходило в рамках дефектологии — интегративной области научного знания, органично соединившей клинико-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития и обучения детей.

Исторически первыми возникли такие направления С. п., как психология слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), психология умственно отсталых (олигофренопсихология). За свою почти столетнюю историю С. п. значительно расширила область своего применения. Теперь она обращена и к детям с задержкой психического развития, нарушениями речи, ранним детским аутизмом, к детям с двигательными нарушениями и др. Кроме того, помогая преодолевать тяжелые проблемы обучения и воспитания детей с грубыми аномалиями развития, С. п. накопила средства разрешения трудностей обучения детей, не имеющих столь выраженных нарушений.

До середины XIX в. исследования в области психологии детей и взрослых с аномалиями развития носили эпизодический характер, сообщения об их результатах изредка появлялись в медицинских, философских и психологических сочинениях, главным образом в связи с первыми успешными попытками воспитания и обучения слепых, глухих, слепоглухих.

Начало систематических исследований в области С. п. в России, как и в странах Западной Европы и в Америке, было связано с принятием законов о всеобщем образовании и началом строительства государственных систем специального образования, ядро которого составили школы для слепых, глухих и умственно отсталых детей. Возникшие в связи с этим потребности в научном обосновании необходимости и возможности массового обучения аномальных детей стимулировали: а) разработку психологического инструментария для дифференциации нормального и аномального развития; б) изучение различных проявлений и психологической природы детской дефективности; в) обсуждение проблем коррекции и компенсации нарушений в развитии; г) поиск психологических условий оптимизации обучения детей в специальных школах разных типов.

Первая в России лаборатория психологии аномального детства была открыта в 1926 г. Л.С. Выготским при руководимой в то время В.П. Кащенко Медико-педагогической станции Наркомпроса. Исследования в области психологии аномального детства затем продолжены в созданном на ее базе в 1929 г. Экспериментальном дефектологическом институте Наркомпроса (ныне Институт коррекционной педагогики РАО).

История развития теоретических основ С. п. и методологии экспериментальных исследований в этой области тесно связана с именем выдающегося отечественного психолога Л.С. Выготского, который в 20-е гг. прошлого столетия на основе создаваемой им в этот период культурно-исторической теории развития высших психических функций сформулировал и обосновал современные представления о природе и сущности аномального развития. Утверждая, что нормальный и аномальный ребенок развиваются по одним и тем же законам, обусловленным культурно-историческим происхождением высших психических функций и специфически человеческих способностей, Л.С. Выготский главную причину детской дефективности видел в «социальных вывихах», т. е. в выпадении аномального ребенка из исторически сложившейся, социальной по своей природе

системы трансляции общественно-исторического опыта, «настроенной» на нормальный тип развития. Отмечая существенное расхождение между траекториями биологического и культурного развития аномального ребенка, вызванного такими «социальными вывихами», Л.С. Выготский обосновал необходимость и раскрыл широкие возможности социальной компенсации дефекта за счет построения «обходных путей» решения тех задач культурного развития, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами.

Идеи Л.С. Выготского, развитые и подтвержденные его учениками и последователями Л.В. Занковым, Р.Е. Левиной, И.М. Соловьевым, Н.Г. Морозовой, Ж.И. Шиф и др., послужили научной основой кардинального изменения сложившихся в России в дореволюционный период подходов к обучению, воспитанию и социальной адаптации аномальных детей, обеспечили научную основу создаваемой в стране системы специального образования.

Развитие С. п. внесло значительный вклад и в создание общих теоретических основ отечественной психологии. Известно, что многие важные положения культурно-исторической психологии были первоначально сформулированы в работах, посвященных проблемам аномального развития. Представляется, что именно психологическая составляющая дефектологии, в период ее становления, в наибольшей степени отражает самобытность отечественной психологии. Она проявляется прежде всего в постулате единства законов психического развития человека, реализуемого в самых разных условиях. Восприятие психики как живой развивающейся системы отражено в стремлении к выявлению целостной, иерархически организованной картины аномалии развития, где биологическое неблагополучие лишь создает первичные предпосылки отклонения развития, которое проявляется во вторичных и третичных событиях, происходящих в психологической и социокультурной реальности.

Развитие С. п. в послевоенный период было обусловлено необходимостью восстановления, развития и дифференциации системы специального образования. Поскольку именно дифференциация системы специального образования вплоть до 90-х гг. рассматривалась как магистральный путь совершенствования психолого-педагогической помощи разным категориям детей с нарушениями развития, усилия психологов в этот период были направлены прежде всего на изучение особенностей обучения и развития детей (главным образом их когнитивной сферы) внутри ранее выделенных типов аномального развития. Такой подход, способствуя дифференциации обучения слепых и слабовидящих, глухих и слабослышащих, умственно отсталых и детей с задержкой психического развития, привел к накоплению знания во всех областях С. п., обеспечил развитие теоретических основ и методов дифференциальной диагностики, но в то же время обусловил относительную изолированность и, по преимуществу, прикладной характер разных направлений С. п.

Переосмысление в 90-е гг. государством и обществом ценностей специального образования в соответствии с ценностями открытого общества, ориентированного на интеграцию людей с различными проблемами в единое сообщество при достижении каждым человеком максимально высокого уровня качества жизни, потребовало изменения приоритетов и в развитии С. п. В связи с этим актуальными становятся разработка и реализация методов специальной психологической поддержки ребенка, подростка, взрослого человека на всех этапах его взросления. Одной из важнейших задач становится гармонизация отношений между обучением и развитием, встает вопрос об обеспечении специальным образованием социально-эмоционального развития ребенка, поддержки его семьи и ближайшего социального окружения.

Вслед за Л.С. Выготским, рассматривая образование как специфически человеческий способ передачи индивиду опыта рода, как универсальный механизм трансляции общественного опыта, как всеобщую культурно-историческую форму становления и развития сущностных сил человека, современная С. п. видит свои главные задачи:

- в выявлении особых образовательных потребностей людей, по тем или иным причинам выпадающих из системы образовательных воздействий, ориентированных на нормальный тип развития;
- в определении психологических условий реализации этих образовательных потребностей

в различных формах обучения и воспитания, включающих и специальную индивидуальную помощь, и поддержку при интеграции в социум.

В центре внимания специалистов находятся теперь уже не особенности развития детей с теми или иными аномалиями, а образовательные потребности конкретного ребенка с особенностями в развитии, создание оптимального индивидуального образовательного маршрута, позволяющего сохранить ребенка в семье и максимально интегрировать в сообщество обычных сверстников. С. п., таким образом, становится не только теоретической или прикладной, но и практической дисциплиной, и задачи развития специальной психологической практики начинают требовать массовой подготовки кадров не только для исследовательской, диагностической, но и для психологической коррекционной работы.

►Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Л. Гончарова, О.С. Никольская

Спортивная психология — междисциплинарная область психологической науки, изучающая закономерности проявления и развития психической деятельности человека в условиях спортивной деятельности, а именно — в процессе его двигательного обучения, спортивной тренировки, участия в специфичных командных взаимодействиях, в процессе подготовки выступлений на соревнованиях, а также участия в различных формах общественной жизни, связанных со спортом (Ильин Е.П., 2009; Кретти Б.Дж., 1978; и др.). Большинство исследований в области психологии спорта, физической культуры преследует две цели: а) изучение воздействия психологических факторов на физическую активность; б) изучение влияния занятий спортом и физической культурой на физическое развитие и психическое здоровье занимающихся (Уэйнберг Р.С., Гоулд Д., 2001).

Спортивная среда представляет собой сложнейшее явление, где возможностям человека, как физическим, так и психологическим, постоянно бросают все новые и новые вызовы. В спорте нужно быть устойчивым к внешним раздражителям, сохранять оптимальное нервное состояние, уметь справляться с предстартовым стрессом и показывать высокие результаты не только на тренировках, но и на соревнованиях. Как воспитать чемпиона? Что отличает успешных и неуспешных спортсменов? По каким признакам можно отличить перспективного спортсмена? Что делать, если спортсмен «стоит на месте» и профессионально не развивается? Как помочь спортсмену преодолеть страх? Найти ответы на эти и другие подобные вопросы пытаются тренеры и спортивные психологи по всему миру.

Психология, располагая большими возможностями, помогает выработать соответствующие умения, способствует развитию определенных качеств психики и личности, которые позволяют добиваться спортсмену наибольших успехов (Вяткин Б.А.). В современной С. п. принято использовать понятие «психологическое сопровождение спортивной деятельности», представляющее собой комплекс мероприятий, направленный на специальное развитие, совершенствование и оптимизацию систем психического регулирования функций организма и поведения спортсмена с учетом задач тренировки и соревнования. Однако не только на спортсмена направлена деятельность спортивного психолога. Спорт требует изучения и психологии команды в целом, тренерского штаба (включая руководство спортивных клубов, врачей, массажистов), а также психологических вопросов, связанных с деятельностью спортивных судей, болельщиков и других «людей спорта» (Горбунов Г.Д., 1986).

Наиболее ранние доказательства разработки проблем — предвестников современных задач С. п. датируются концом XIX в. (например, исследования Дж. Фитцем по времени реакции, установление У. Девисом эффекта переноса тренировки, описание Г.Т.У. Патриком психологии игры в спорте и др.). Так, например, в 1897 г. велосипедист и социолог Норман Триплет заметил, что велосипедисты быстрее проходят дистанцию в гонке с соперником, чем в гонке на время (соревнуясь, по сути, с секундомером). Встретив возражения, он провел эксперимент в гонке на 25 миль, полностью подтвердивший его точку зрения (разница в результатах составила около 5 с). За этим феноменом он закрепил название «динамогенный фактор в лидировании на гонках»; впоследствии данный эффект получил название социальной фасилитации и объяснялся тем, что визуальная и слуховая информация о соперниках (или болельщиках) яв-

ляется дополнительным стимулом, усиливающим ответ нашего организма. Считается, что в конце XIX в. была написана одна из первых книг по С. п. Ее автор – основатель современного олимпийского движения Пьер де Кубертен. Именно по его инициативе в 1913 г. состоялся Международный конгресс по психологии и физиологии спорта. Пьера де Кубертена также принято считать первым, употребившим сам термин «С. п.».

В первой половине XX в. С. п. продолжила свое развитие как за рубежом (Камминс Р., Гриффит К., Генри Ф., Джонсон У., Лоутер Д.), так и в трудах отечественных специалистов (Лесгафт П.Ф., Рудик П.А., Никитин Т.Р., Нечаев А.П., Чучмарев З.И., Пуни А.Ц., Костров Н.Ф. и др.). А.Л. Попов отмечает, что «к сожалению, на признании приоритетов мировой С. п. сказалась крайне малая информированность и практически полное отсутствие личных контактов спортивных психологов Запада, Востока и Нового света в первой половине века». Однако наиболее интенсивное развитие С. п. началось в 60–70-е гг. XX века. В 1965 г. в Риме состоялся первый в мире конгресс по С. п.

Успехи отечественной С. п. данного периода связаны с исследованиями А.В. Алексеева, Н.К. Волкова, Б.А. Вяткина, Г.М. Гагаевой, Л.Д. Гиссена, А.Д. Ганюшкина, Г.Д. Горбунова, О.В. Дашкевича, Т.Т. Джамгарова, П.А. Жорова, Е.А. Калинина, Ю.Я. Киселева, Ю.А. Коломейцева, А.А. Лалаяна, В.В. Медведева, И.М. Палея, В.В. Плахтиенко, А.Ц. Пуни, А.В. Родионова, П.А. Рудика, О.А. Сиротина, Ю.А. Ханина, Н.А. Худадова, О.А. Черниковой, Б.И. Якубчика и др. Классическими на сегодняшний день стали работы зарубежных психологов спорта: М. Ванека, Э. Василевски, Ф. Генова, Е. Геновой, В. Гошака, П. Куната, Б.Д. Кретти, Р. Мартенса, И. Мацака, З. Мюллера, Б. Навроцкой, Л. Надори, Р. Найдиффера, Б. Първанова, Г. Ридера, П. Рокушфалви, Ж. Риу, Р. Сингера, Г. Шиллинг, М. Эпуран, М. Яффи, Б. Огилви, Т. Тутко, Р. Суинна и др. В настоящее время С. п. продолжает активно развиваться за рубежом; в нашей стране она переживает свое второе рождение после кризиса первой половины 90-х гг. прошлого века. С начала нынешнего столетия в новой для нашей страны психологической специальности «Клиническая психология» появилась специализация (№ 5) «Психология здоровья и спорта».

Современный спортивный психолог призван решать широкий круг профессиональных задач: изучение специфических особенностей спортивной деятельности; психологическое сопровождение спортсменов на тренировках и соревнованиях; предупреждение и разрешение различных конфликтных ситуаций; планирование и осуществление мероприятий, направленных на формирование личности спортсменов; профориентация и формирование у спортсменов долгосрочных перспектив с учетом плавного выхода из спортивной карьеры и реализации в других областях деятельности. В целом в деятельности спортивного психолога принято выделять два направления: научно-исследовательское (экспериментально-исследовательское) и прикладное. Научно-исследовательское направление предполагает следующие задачи: изучение накопленного опыта для сравнения разных наработок; разработка собственных методик; издание учебно-методических пособий для спортсменов, тренеров, родителей спортсменов и т. д; выступление на конференциях и пр. В то же время прикладное направление предполагает реализацию психологического консультирования спортсменов; осуществление спортивно-ориентированной психодиагностики; научно-методическое обеспечение индивидуальной и групповой деятельности; психологическое сопровождение спортивной деятельности; формирование оптимальных и коррекция неблагоприятных функциональных состояний спортсменов; устранение психологических барьеров и фобий; коррекция мотивационных ориентаций спортсменов; работа с тренерским составом и родителями спортсменов и пр.

▸ *Вяткин Б.А.* Умей побеждать, спортсмен! Советы психолога. Пермь: Пермское книжное изд-во, 1995; *Горбунов Г.Д.* Психопедагогика спорта. М.: ФиС, 1986; *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2009; *Кретти Б.Дж.* Психология в современном спорте. М., 1978; *Попов А.Л.* Спортивная психология: учеб. пособие для спортивных вузов. М.: Московский психолого-социальный институт, Флинта, 1998; Психология спорта: монография / Под ред. Ю.П. Зинченко, А.Г. Тоневицкого. М.: МГУ, 2011; Психология спорта: хрестоматия/ Сост.-ред. А.Е. Тарас. М.: АСТ; Минск: Харвест, 2007. С. 142–143; Психология спорта высших достижений: учеб. пособие. М.: ФиС, 1979; *Уэйнберг Р.С., Гоулд Д.* Основы психологии спорта и физической культуры. Киев: Олимпийская литература, 2001

А.Е. Горовая

Статистическая концепция патологии – взгляд, согласно которому патологию (психическое расстройство) можно определить как степень отклонения индивида от нормального здорового большинства.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Субъект здоровья человека (в философии) – сам человек. Здоровье осознается многими (но не всеми) как самоценность и важнейший смысл жизни. Выбор пути к собственному здоровью индивидуально неповторим, зависит от степени овладения техниками воздействия на организм и психику, под которыми понимаются в том числе и веками отработанные способы действовать и достигать цели оздоровления: а) техники физической культуры – ходьба, бег, плавание, другие способы укрепления тела и искусство управления им; б) многообразные и уникальные техники укрепления своей психики – медитация, аутотренинг, сон, гипноз и др.

Согласно И. Канту, сохранение и укрепление здоровья – часть практической философии, которая средствами разума и воли обеспечивает человеку продолжительную здоровую и творческую жизнь. Искусство заботы о своем психофизиологическом здоровье предполагает поиск путей и средств раскрытия своего внутреннего творческого потенциала, связано с определенными мировоззренческими установками. «Творческое воображение – основная техника заботы о самом себе» (Сартр). Медики давно обнаружили, что интеллектуалы и оптимисты, как правило, живут дольше и продуктивнее.

▸ *Асмус В.Ф.* Иммануил Кант. М., 1973; *Кант И.* Критика практического разума. М., 2004; Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001

Ю.М. Хрусталев

Сурдопсихология (от лат. surdus – глухой, глухозвучащий) – раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие глухих и слабослышащих людей, возможности его коррекции в условиях обучения и воспитания.

С. исследует пути предотвращения немоты у людей с дефектами слуха, исключающими нормальное речевое общение, выявляет особенности их познавательной деятельности, выясняет компенсаторные возможности замены слухового восприятия зрительным восприятием, вибрационными ощущениями и т. п., изучает особенности мышления, памяти и других психических процессов, формирующихся в условиях отсутствия или недоразвитости слуховых ощущений.

Учет данных С. – необходимое условие организации обучения и воспитания глухих и слабослышащих детей, их производственной подготовки и трудоустройства.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Петровский

Телесно-ориентированная характерология – разработанная в рамках биоэнергетического метода классификация человеческих характеров на основе типов телесного поведения и видов мышечных зажимов (телесной брони). Предложена А. Лоуэном и Дж. Пьерракосом, опиравшимися на предположение о том, что личностные особенности отражаются в защитной позе тела, принимаемой субъектом, в привычных движениях, стереотипных жестах, типе телосложения, в особенностях функционирования биоэнергии и т. п. А. Лоуэн и Дж. Пьерракос выделяют пять основных типов Т.о. х.: шизоидный, оральный, мазохистский, психопатический и ригидный.

Шизоидный тип характера имеют субъекты с мощным телесным панцирем, состоящим из хронических напряжений на всех кругах мышечной брони: на уровне глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, таза. Шизоидные субъекты испытывают сильное отчуждение от своего тела, озабоченность его взаимодействием с психикой и страх по поводу их возможного разъединения. Их тело часто узкое, сухое и напряженное, ноги нетвердо стоят на земле, руки безвольно висят по бокам. Шизоидный тип характеризуется неспособностью найти себя в жизни, отсутствием связи с другими людьми, обеспокоенностью чувствами в отношении отца и матери. Он не терпит большого притока энергии, отстраняется от нее, что в межличностных отношениях выражается в прерывании контакта с близкими людьми, стремлении уйти в себя, отстраниться от реальной жизни.

Оральный тип внешне похож на шизоидный, однако его энергия не такая фрагментарная и не так сильно блокирована в разных частях тела. Ключевой сегмент мышечной брони у орального типа – грудной. Телесные зажимы в груди сдержи-

вают много боли от недостатка материнской любви в первые годы жизни и много агрессии в связи с неудовлетворением важнейших первичных потребностей. Хроническое напряжение приводит к формированию плоской, вдавленной груди. Человек непроизвольно сутулится, стараясь прикрыть плечами самое болезненное и ранимое место своего тела. Боль и мышечное напряжение, сжимающее грудную клетку, постоянно напоминает таким субъектам или о потере родителей, или о депривации материнской любви. Оральный тип имеет тело, «недозаряженное» биоэнергией, и поэтому нуждается в ее постоянном притоке. Субъект ищет партнеров, которые могли бы взять за него ответственность, и, найдя, активно требует у них помощи и поддержки. Проблема, однако, состоит в том, что с самого раннего детства у него нарушены отношения «принимать – давать» (взаимоотношения «ребенок – мать» в объект-теории). Оральный субъект, с одной стороны, стремится получить энергию и любовь, которая бы компенсировала депривацию в прошлом, психологически регрессируя при этом до детского состояния, но, с другой стороны, несет в себе страх открыться и в результате прийти к новой фрустрации. Это не позволяет ему получить столько энергии и любви, сколько ему необходимо.

Мазохистский тип, в отличие от «недозаряженных» шизоидного и орального, характеризуется большим количеством негативной энергии, блокированной в теле сильными мышечными напряжениями в области плеч и таза. Телесная броня мазохистского субъекта подавляет неоконченные эмоциональные переживания возраста от полутора до трех лет, когда он не мог справиться с избыточной материнской любовью и чрезмерной заботой, которые захлестывали его, преуменьшали его значимость, препятствовали росту его самосознания. Мазохистский субъект в детстве вынужден был быть «хорошим мальчиком или девочкой». Такой ребенок, а позднее и взрослый всегда говорит «да» и идет на поводу сначала у родителей, а затем у других людей, не в силах сказать «нет». Согласно Пьерракосу, его «нет» – это подавленная внутри тела агрессия и негативная энергия. Телесная броня, сдерживая негативные эмоции, превращает его тело «в шар, надутый до предела, который хочет, но не может взорваться» (Пьерракос). Однако вся его сила уходит на контроль над чувствами, и в жизни он, как правило, пассивен и беспомощен. Напряжения в ногах и тазу формируют у него походку Ч. Чаплина, с развернутыми в сторону носками.

К психопатическому типу принадлежат субъекты, телесная броня которых устроена таким образом, чтобы подтягивать всю свободную энергию к голове. Сильные зажимы в области таза и бедер блокируют сексуальное возбуждение. Вся активность субъекта сосредоточена в верхней части тела, которая часто является физически более развитой, чем нижняя. Психопатический тип приобретается ребенком в период, когда он учится ходить. Идентифицируясь с родителями, ребенок усваивает присущие им стереотипы движения, являющиеся отражением ограниченных сексуальных отношений. В этом смысле психопатический тип передается «по наследству», и структура телесной брони ребенка может в точности соответствовать броне того родителя, с которым он идентифицировался. С психологической точки зрения психопатический тип характеризуется ярко выраженным стремлением доминировать над окружающими, контролировать их поведение. Особенность его защитного поведения – навязчивая потребность доказать всем вокруг, что он особенный, что он всегда прав и никогда не ошибается. Блокирование сексуальности, чувствительности и сопереживания при желании контролировать и манипулировать людьми приводят психопатический тип к одиночеству и уверенности, что ему никто не нужен.

Ригидный тип отличает субъектов с гармонично развитым телом, свободными гибкими движениями и хорошей заряженностью биоэнергией. Ведущая черта защитного поведения – высокий контроль над проявлением любых эмоций, как положительных, так и отрицательных: «Если я открою тебе свое сердце, ты его разобьешь». Хроническое мышечное напряжение в области шеи, рук и сердца блокирует эмоциональное самовыражение. Страх полностью отдаться удовольствиям скрывается за демонстрацией своей сексуальности. К примеру, Дон Жуан – типичный представитель ригидного типа. Женщины с ригидным характером, как правило, истеричные, любят соблазнять мужчин, получать от них энергию для себя, не отдавая ничего взамен.

Осуществление биоэнергетического анализа позволяет психотерапевту выявить присущие пациенту характерные защитные способы блокирова-

ния неоконченных эмоциональных переживаний (Райх), понять специфику его мышечной брони и определить индивидуальную терапевтическую стратегию.

►Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Теория в медицине – особая форма научного познания человека, его организма и психики в целях сохранения и укрепления индивидуального здоровья и здоровья всего человеческого рода. В различных медицинских дисциплинах теории различаются по степени обоснованности и доказательности, обобщенности и системности.

Содержательную базу медицинской теории (в сферах лечебной и профилактической медицины) составляют исследования огромного массива знаний о человеке и его жизнедеятельности. В процессе интенсивной экспериментальной разработки складываются теоретические понятия и фундаментальные представления о материальном субстрате болезней человека. «Мне кажется, капитальный успех современной медицины в том и заключается, что она получила возможность в настоящее время вся, во всех главных ее сторонах, разрабатываться экспериментально, – писал И.П. Павлов, – хотя клиника своими тысячелетними трудами тонко уловила образы различных болезней, однако полный анализ, полное значение механизма болезненного процесса с начала и до конца получается только из рук эксперимента». Роль опыта, эксперимента в медицине хотя заметно меняется, но не уменьшается. Этим эмпирическим исследованиям способствует человеческая склонность к предметному, образному, а затем и к абстрактному мышлению.

Каждая из современных медицинских и медико-биологических дисциплин вносит свою лепту в построение теории медицины. Биохимия, эндокринология и фармакология раскрывают тонкие механизмы процессов жизнедеятельности на молекулярном уровне. В патологоанатомических исследованиях законы общей патологии выступают в структурном изображении. Патологическая физиология определяет их функциональную характеристику. Микробиология и вирусология являются важнейшими источниками разработки этиологического и иммунологического аспектов теории медицины. Генетика раскрывает индивидуальные реакции организма и принципы их внутриклеточного регулирования.

Чтобы подняться на уровень теоретического обобщения, ученый должен, подобно художнику, периодически отходящему от полотна для оценки создаваемой картины издали, раздумывать: а какая общая тенденция вырисовывается из полученных им эмпирических данных? Вне сомнения, только теоретически развитая медицина становится исходным фактором и важнейшим условием повышения эффективности экспериментальных исследований ученых. Ведь даже самый совершенный и методически изящный эксперимент, поставленный вне теоретического обоснования научно-исследовательской цели, открывает дорогу к схоластике пустого экспериментаторства. Только ученый-медик, теоретически смотрящий дальше непосредственных фактов, вытекающих из его опыта или конкретных экспериментальных исследований, получает возможность осмыслить их более основательно. Медицинские дисциплины, ранее бывшие преимущественно или даже исключительно экспериментальными (как генетика, или иммунология, или биохимия, или эндокринология и др.), становятся все в большей мере и теоретическими.

Содержание известных медицинских теорий, так или иначе, связано с философией медицины и не может быть построено без обращения к ней. Но любая теория не может непосредственно заимствовать и тем более переносить философские идеи и концепты в свою собственную содержательную структуру, ибо любая всеобщность содержания философских понятий и категорий непосредственно не тождественна особенным по своему характеру понятиям современной медицины. В медицине есть свои принципы, вокруг которых строится медицинское теоретизирование врачей. С диалектического осмысления этих принципов, выявления взаимосвязей между медициной и философией, рассмотрения последних как компонентов единого целого вырабатываются научно-методологические подходы к построению новой медицинской теории.

Философия медицины и фармации с учетом современного научного познания человека, его организма и психики должна изучать движение познания от эксперимента, в его сложной и совершенной

форме, к теоретическому обобщению новых научных фактов. А это значит, что разработка теории становится настоятельной задачей философского анализа.

Нельзя забывать, что любое «философствование без системы не может иметь в себе ничего научного» (Гегель, 1937).

Показателем теоретической зрелости научной медицины может стать ее духовно-ценностная ориентация на человеческую жизнь. «Современная философия медицины должна руководствоваться критерием духовной ценности человеческой жизни, – считает академик РАМН Ю.Л. Шевченко, – она должна быть ориентирована на Истину, Добро, Красоту» (Философия медицины, 2004).

▸ *Гегель Г.В.Ф.* Соч. Т. 1. М.,1937. С. 30; Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001; Философия медицины. М., 2004. С. 9

Ю.М. Хрусталев

Теория системной динамической локализации высших психических функций – оригинальная теория, предложенная Л.С. Выготским и развитая А.Р. Лурией, объединяющая мозговую организацию психических процессов; теоретическая основа нейропсихологии. Т. с. д. л. в. п. ф. тесно связана с общепсихологическими представлениями о высших психических функциях как о системных по своему строению, прижизненно возникающих, социально детерминированных процессах, опосредованных знаками и символами (главным образом речью), произвольных по способу управления. Т. с. д. л. в. п. ф. создавалась в борьбе против узкого локализационизма и антилокализационизма – двух основных концепций в решении проблемы «мозг и психика». Она боролась также с эклектическими представлениями о мозговых механизмах психических процессов, объединяющими эти оба направления.

Согласно Т. с. д. л. в. п. ф., мозг, как субстрат психических процессов, не является совокупностью мозговых «центров» различных «психических способностей» (узкий локализационизм) и не представляет собой недифференцированное целое, во всех своих отделах в равной степени связанное со всеми психическими «способностями» (антилокализационизм). Согласно данной теории, мозг – это дифференцированное целое, различные структуры которого обеспечивают реализацию различных параметров (аспектов, звеньев) психической функции. Совокупность этих структур составляет определенную функциональную систему или морфофизиологическую основу конкретной психической функции. Таким образом, высшим психическим функциям как системным образованиям соответствует их системная мозговая организация. Динамический характер этой организации проявляется в онтогенезе и при компенсации нарушенных функций. Т. с. д. л. в. п. ф. смогла объяснить, почему при поражении одного участка мозга появляются одновременно нарушения не одной, а целой совокупности функций и почему одна и та же психическая функция нарушается при самых различных локальных поражениях мозга. Эти клинические факты не способна лучше объяснить никакая другая теория мозговой организации психических процессов. Т. с. д. л. в. п. ф. позволила по-новому объяснить нейропсихологические синдромы и, главное, дать качественную оценку нарушениям высших психических функций. Создание данной теории – большая заслуга отечественной нейропсихологии; с ее позиций можно систематизировать огромный фактический материал, накопленный в нейропсихологии, и прогнозировать дальнейшее развитие этой области науки о мозге. Справедливость Т. с. д. л. в. п. ф. подтверждена многолетней практикой – нейропсихологической диагностикой локальных поражений головного мозга и нейропсихологической реабилитацией нарушений высших психических функций.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Терапия (в клинической психологии) – 1) психологическая составляющая лечения болезни; 2) все способы и формы лечения болезни или расстройства.

Формы используемой Т.: а) превентивная – любая Т., разработанная для предотвращения развития какого-либо серьезного состояния, включающая психопрофилактику; б) активная – общий термин, обозначающий любой терапевтический подход (в том числе психологический), в котором терапевт занимает активную, направляющую роль (рационально-эмотивная Т., дидактическая Т. и др.); другое название – директивная Т.; в) пассивная – любая Т.,

в которой терапевт сохраняет пассивную позицию и почти совсем не делает видимых попыток направлять соматические и психические изменения, происходящие с клиентом (пример: клиент-центрированная Т.); г) Т. высвобождением – любая терапевтическая процедура, основывающаяся на признании терапевтической ценности высвобождения глубоких, скрытых эмоциональных конфликтов (такие методы часто используются в игровой психотерапии, психодраме, гештальт-терапии и др.); клиента поощряют открыто и активно выражать, например, подавленную злость, враждебность, при этом может наблюдаться катарсис; д) Т. среды – общий термин для обозначения любых терапевтических условий, при которых осуществляется некоторый контроль над социальной средой для приспособления ее к потребностям и психическим состояниям клиента.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Тифлопсихология (греч. typhlos – слепой) – раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие слепых и слабовидящих людей, пути и способы их коррекции при обучении и воспитании. Т. изучает возможности компенсации нарушений зрительного восприятия с помощью других анализаторов (слуха и осязания), исследует психические особенности восприятия, памяти и мышления в условиях дефицита информации, связанного с отсутствием зрения или его слабостью. Особую часть Т. составляет изучение психологии слепоглухонемых – людей с полной ранней потерей зрения и слуха, в обучении и развитии которых Т. и сурдопсихология добились заметных успехов (Соколянский И.А., Скороходова О.И., Мещеряков А.И.). Использование результатов Т. позволяет на научной основе строить процесс обучения, воспитания и трудовой деятельности слепых и слабовидящих.

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Петровский

Традиции и инновации в науке (в философии) – составляют диалектическое единство, характеризующее суть и смысл познания как форму творческого бытия человека.

Традиции в науке (лат. traditio – передача) – это механизм накопления, сохранения и трансляции научного опыта познания. Понятие «традиции» используется в философии науки для интегрального рассмотрения ряда научных направлений, в которых эти традиции возникли и развиваются, для реконструкции самого развития науки как социокультурной ценности. Традиции составляют базовый каркас науки как социально-культурного института. С традициями в науке связан определенный устоявшийся взгляд на познание мира (природы, общества, культуры), выработанный поколениями ученых.

Инновации (франц. innovation – нововведение, изменение) свидетельствуют о принципиальном обновлении или углублении научного мышления ученых в связи с усложнением исследовательских задач. В философии науки инновация используется в традиции выведения научного познания за рамки сложившегося мышления, осмысления новых проблем и путей их решения, а также обновления средств и методов исследования.

«Среднестатистический» ученый, как, собственно, и обычный человек, будучи способен на осознание шаблонов своего поведения и мышления, реально находится в состоянии «сна наяву», т. е. механически следует неким традициям (в научном познании это форма парадигмы). Как заметил П. Фейерабенд: «Открытие... часто похоже не на открытие Америки, а на пробуждение ото сна» (Фейерабенд П., 1986).

Философ науки Т. Кун (1922–1996) сделал традиции в науке объектом философского осмысления. Они в его понимании являются конституирующими факторами развития научно-исследовательской деятельности, своего рода стабильными теоретическими моделями решения ключевых проблем познания, некими образцами для подражания в научно-исследовательской деятельности ученых. В теории познания научная парадигма предполагает определенную систему научных знаний и убеждений, на фундаменте которых строится здание научной теории.

Информация, которой обладают создатели новой парадигмы, есть и у других исследователей, но только у немногих хватает творческого запала и воли для рефлексии над принимаемой дисциплинарной матрицей.

У философов науки последних десятилетий все чаще предметом осмысления становятся фундаментальные идеи, понятия и представления, образующие относительно устойчивые основания науки. Так, в трудах А. Эйнштейна, М. Планка, творцов квантовой механики Н. Бора, М. Борна, В. Гейзенберга, Э. Шредингера, П. Дирака, В. Паули была убедительно продемонстрирована эффективность анализа этих устоявшихся принципов при создании великих теорий XX века. Признанный лидер в философии науки, выдающийся физик и мыслитель, лауреат Нобелевской премии В. Гейзенберг (1901–1976) утверждал, что все «наши современные проблемы, наши методы, наши научные понятия, по меньшей мере, отчасти вытекают из научной традиции, сопровождающей или направляющей науку в ее многовековой истории». От Аристотеля до Галилея традиционно считалось, что главная задача науки — это изучение движения тел. А с Галилея и Ньютона установление законов этого движения стало фактически новой традицией — классической. Затем утвердились неклассическая, а ныне — постнеклассическая традиция в науке.

В настоящее время в науке, в том числе и медицинской, продолжается процесс смены ряда познавательных парадигм о бытии человека, что обусловливает повышение роли философской методологии, мировоззрения и стиля мышления в подготовке новых поколений ученых в медицинской сфере познания человека.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001; *Фейерабенд П.* Избранные труды по методологии науки. М., 1986. С. 501; Философия медицины. М., 2004. С. 9

Ю.М. Хрусталев

Философия здоровья человека (в философии) — опирается на три истины: человек — часть природы, продукт общества и результат творчества самого себя. Это значит, что источником здоровья человека являются экология (человека и среды), общество и его творческая жизнедеятельность.

Комплексный подход к здоровью позволяет выработать понятийный аппарат, способный объединить биологические, физиологические, психологические, социальные и духовные параметры в человеке. Комплексная система профилактики и лечения учитывает воздействие на людей и таких жизненных факторов, как смена морально-ценностных ориентиров в обществе и идеологических установок, изменение их социального положения и воздействие на внутренний субъективный мир каждого экономических, политических и иных условий развития общества.

Ф. з. ч. предполагает возрождение древнегреческого пласта человеческой культуры — диететики. В античности диететику рассматривали как часть философии человека, которая осмысливала пути и средства поиска благоприятного режима деятельности для человеческого тела и его жизни. Согласно И. Канту, диететика — это часть практической философии, которая средствами разума и воли обеспечивает человеку продолжительную здоровую и творческую жизнь.

Не отрицая мировоззренческой значимости определения понятия «здоровье» ВОЗ как состояния полного физического, психического и социального благополучия и понимая, что это определение справедливо рассматривается как достижение западной цивилизации в формировании необходимых сегодня общечеловеческих идеалов, нельзя не видеть, что реальная практика опирается на более конкретные определения понятия «здоровье». Для человека характерна неразделенность тела и духа, его волевых, ментальных и иных психических способностей. В сущности, человек — явление социально-природное и духовное. Современная медицина достигла уже такого уровня развития, когда становится возможным разработка концептов управления здоровьем человека, его психосоматогенезом и внедрение их результатов в повседневную практическую деятельность врачей.

Концепты здоровья фиксируют альтернативные взгляды ученых-медиков и врачей на сохранение и возвращение людям утраченного ими здоровья. Это — прежде всего сумма резервных мощностей функциональных систем организма, способность организма человека поддерживать гомеостаз организма, оптимальное состояние биогенных ритмов и т. д. В общественной жизнедеятельности здоровье рассматривается как объект социокультурного манипулирования. Жить в обществе и быть свободным от него нельзя, что сказывается на здоровье всех его членов. Общество фактически управляет здоровьем людей, располагая для этого богатым арсеналом средств: бюджетное финансирование

оздоровительных программ, санитарный контроль, медицинское страхование, социальная защита, диспансеризация, телегипноз средств массовой информации и т. д. Общество через культуру, науку и медицину осуществляет воздействие на человека в целях не только сохранения физического здоровья как чисто физиологического состояния (потенциальных работников), но и заботится о создании условий для творческо-созидательной деятельности людей, раскрытия в их природном потенциале уникальных способностей.

В 70-е гг. XX в. отечественными учеными-психологами И.А. Соколянским и А.И. Мещеряковым был впервые осуществлен уникальный научно-практический эксперимент со слепоглухонемыми детьми. Четверо младенцев фактически были обречены, ибо слепота и глухота не позволяли им естественно вписаться в социально-культурный мир жизнедеятельности человеческого общества, несмотря на то что все остальные организменные элементы, включая и мозг детей, были без изъяна, т. е. здоровы. Однако природные дефекты выключали их из социально-культурной среды жизнедеятельности; они не могли естественным путем общаться с другими людьми, раскрывать личный творческий потенциал. Специальная методика включения этих детей в систему социально-культурного общения с другими людьми, в личную творческую жизнедеятельность позволила раскрыть и развить у них человеческие качества.

В целях сохранения и улучшения индивидуального здоровья возросли роль и значение владения искусством психологического воздействия на психику, сознание пациентов. Эту мысль образно выразил академик РАМН Ю.Л. Шевченко: «Конечно, наше физическое нездоровье идет от духовного. У каждого из нас на одном плече сидит ангел, на другом — дьявол. Идет борьба — кто возьмет свое. И для врача в этой борьбе нет выбора: он строит свою жизнь и деятельность на гуманистических началах» (Философия медицины, 2004). Глубоко и всесторонне понять приоритетность здорового человека, его духовный потенциал в системе социокультурных ценностей способствует философский подход к изучению медиками проблем бытия людей.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001; Философия медицины. М., 2004. С. 415

Ю.М. Хрусталев

Философия современной медицины (в философии) — область философии, занимающаяся анализом и осмыслением истории практической и научно-исследовательской деятельности медиков; стремится понять истоки, природу и структуру знания о человеке, способах обоснования медицинского знания о сохранении здоровья человека и освобождения его от болезней. Одной из ее основных задач является обобщение различных медицинских знаний.

Есть по крайней мере два типа размышлений о медицине (как и о фармации) как особой форме познания и деятельности: философский анализ и саморефлексия медицины (фармации). Медицина (фармация), изучающая и оценивающая сама себя, еще не является философией медицины (фармации). А философский анализ или размышления о медицине (фармации) — это некое стремление понять, как же надо философствовать, чтобы оценить медицину (фармацию) как уникальную научную форму познания. Эти философские размышления о сути и статусе медицины (фармации) в культуре, науке и представляют собой ее философию.

Прежде всего, философия медицины имеет дело с всеобщими знаниями, т. е. «второй реальностью», созданной научной и практической деятельностью медиков. Так, все частности, характеризующие отдельное заболевание, не являются абсолютно специфическими только для этой болезни, и кроме этих частностей есть нечто общее между болезнями, объединяющее частности в типичное для всех болезней без исключения. Основными разделами Ф. с. м. являются: онтология медицины как науки и практики, гносеология медицинских наук, методология и логика научно-медицинского постижения причин заболевания людей — этиологии, биоэтическое регулирование современной научно-исследовательской деятельностью.

Прежде чем медицина сложилась как одна из форм научного познания, она проделала длинный исторический путь своего становления, пройдя этапы античной натурфилософии, средневековой схоластики, эпохи возрождения научной мысли и, наконец, Нового времени, когда она окончательно оформилась как самостоятельная форма познания природы человека. В многовековой истории медицины от доисторических времен и до наших дней прослеживается единая генеральная линия осмысленной медицинской деятельности — непрерыв-

ное поступательное движение к выработке общих взглядов (на природу человека и его болезней), основывающихся на наблюдениях медиков за их клиническим течением, и их профессиональное лечение.

И.П. Павлов (1849–1936) предположил, что «медицинская деятельность — ровесница первого человека» (Павлов И.П., 1951). Археологи убедительно подтверждают существование примитивных зачатков врачевания еще в начале антропогенеза. О профессиональной медицинской деятельности первых врачевателей, например, в древних Ассирии, Вавилоне, Египте, Месопотамии, Шумере, Китае, Индии, Тибете и др. свидетельствуют многочисленные археологические, исторические, письменные и иные документы. Первым источником (3 тыс. лет до н. э.), содержащим прописи изготовления лекарств, считают клинописную табличку лечения, обнаруженную в Нипуре (Месопотамия). А уже в 1550 г. до н. э. в Египте была составлена «Книга изготовления лекарств для всех частей тела», или «Папирус Эберса».

Началом медицинской эпохи считают VII–VI в. до н. э., когда заболевание стало рассматриваться как явление естественного порядка, требующее принятия каких-либо профессиональных мер. Тогда на смену отмирающей теологической медицины пришла медицина натурфилософская, одновременно с которой все с большей настойчивостью стала пробиваться сильная научно-реалистическая тенденция. Это была, по сути, блестящая эпоха медицины, начавшаяся во времена Перикла (V в. до н. э.) и продержавшаяся около 800 лет.

Огромное влияние на всю последующую медицину имели не только врачи, но и великие философы древности. По некоторым вопросам к ним обращались даже охотнее, чем к врачам. Среди интеллектуальных шедевров античной медицины — труды ученых и врачей, поэтов и художников, но преимущественно — труды философов. В медицине преуспели философы Демокрит (460–371 до н. э.) и Эмпедокл (ок. 490–430 до н. э.), врачи Гиппократ (ок. 460 — ок. 377 до н. э.), Гален (131–201), многие врачеватели Египта, Китая, Тибета, увлекавшиеся как научным познанием, практическими навыками, так и философской мудростью. Под влиянием натурфилософских учений врачи античности создали новую картину мира и вполне научные представления о месте человека в этом мире. Дух той эпохи нашел яркое отражение в самом характере научного постижения мира и в философском осмыслении роли и места человека, его созидательной деятельности и здорового образа жизни и творчества. Именно человек раньше, чем кто-либо, стал предметом медицинского, философского, а позже и научного исследования. Есть версия, что интерес к познанию человека появился десятки и даже сотни тысяч лет назад у прамедиков.

Медицина и фармация в древних цивилизациях были слиты воедино, занимаясь упреждением, а затем лечением болезней. Так, в Древнем Китае в «Трактате о внутреннем» указывалось, что мудрый лечит ту болезнь, которой еще нет в теле человека, потому, что применять лекарства, когда болезнь уже началась, все равно что начинать копать колодец, когда человека уже мучает жажда, или ковать оружие, когда противник уже начал бой. Восточные врачи и фармацевты вместе искали более совершенные, оптимальные лекарства, используя при этом философские представления о строении мира и осознание зависимости здоровья и болезни человека от состояния природной среды. По их мнению, человек представляет собой особый целостный мир — «косм», который надо постоянно исследовать, чтобы сохранять его и умело беречь его здоровье.

Различие между историей и теорией в любой науке философия науки относит к способу их изложения. Сегодня среди ученых, к примеру физиков (нередко и медиков), бытует мнение, что современная наука не нуждается в истории, ибо теории прошлого уже неактуальны; и потому не следует терять время, чтобы глубоко изучать историю наук в университетах и академиях. Примерно в таком же ключе рассуждают о роли и месте философии науки в развитии философского мышления, и тем более современного мировоззрения. Но в науке без «предков» невозможно усмотреть общие закономерности развития научной мысли, вывести философские законы научного познания. Кроме того, в «старых научных взглядах» при рассмотрении их в новом научном контексте можно разглядеть новые смыслы, полезные для современного научного мировоззрения. Именно поэтому философия истории медицины — составная часть философии современной медицины.

В свое время Н.И. Пирогов предупреждал студентов, что врач, не имеющий хорошего общего об-

разования, не врач, а ремесленник. Выступая перед ними на тему «Быть или казаться», он подчеркивал, что нельзя сформировать мировоззрение человека на базе только естественнонаучных знаний, необходимо постигать и философию. Врач, как и философ, должен открывать в самом себе себя как личность, будучи высокоинтеллектуальным и критично мыслящим специалистом. Это относится и к психологам, работающим в медицине.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001; *Павлов И.П.* Полн. собр. соч. Т. 2. Кн. 1. М., 1951. С. 246; Философия медицины. М., 2004

Ю.М. Хрусталев

Философские категории и понятия в медицине (в философии) – отражают всеобщие свойства и качества бытия, а также процесс его познания. Философские категории в науке являются некими ступеньками или узловыми пунктами познания мира, общества и человека. Это – всеобщие познавательные структуры о связях и отношениях, присущих всем областям реального мира, такие как материя, сознание, движение, пространство, время и мн. др.

Будущий ученый должен различать объективный и всеобщий характер философских категорий и при этом понимать, что все они субъективны по форме, что позволяет ему более успешно познавать все направления мирового развития. Именно поэтому философские категории употребляются не только в самой философии, но и практически во всех науках, выполняя в них методологическую функцию. Медицинские науки не исключение.

Всякая категория философии в то же время является понятием, но не всякое понятие является категорией. Категориями традиционно называют предельно общее человеческое видение мира. Они отражают сущностные, закономерные взаимосвязи – законы действительности и познания. В научном познании широко используются такие философские категории, как чувственное и рациональное, абстрактное и конкретное, логическое и историческое, абсолютное и относительное, достоверное и вероятное и т. д. Отражая всеобщее и закономерное в медицинском познании, философские категории не отвечают на конкретные вопросы (например, что такое здоровье, болезнь), но они способствуют выработке всеобщих познавательных принципов, подходов и ориентиров.

Чтобы стать научной дисциплиной, в частности, медицина должна иметь свою теорию и методологию, собственный понятийно-категориальный аппарат и свою терминологию. Большая роль и значение в этом плане принадлежит общенаучным понятиям, таким как модель, информация, формализация, алгоритм, знак, вероятность и др. Общенаучные понятия – это своеобразный сплав понятий частных наук и философских категорий. Являясь порождением интегративных тенденций развития науки, общенаучные понятия способствуют взаимообогащению разнопрофильных наук. Они играют роль единого междисциплинарного научного языка, нейтрализуют отрицательные последствия дифференциации и узкой специализации наук, выступая противовесом узкопрофессиональной замкнутости ученых.

Выработка системы философских категорий есть выражение прогресса в развитии научных знаний. Причем каждая наука вырабатывает и свои категории, которые опираются на философские и составляют стержневую часть ее теоретического содержания. Так, физика опирается на такие категории, как энергия, материя, атом и др.; химия – на категории: элемент, валентность и т. д.; биология – эволюция, вид, наследственность; физиология – организм, структура, функция; медицина – норма, здоровье, болезнь, патологическое, физиологическое, психическое и мн. др. То есть философские категории по отношению к категориям частных наук, и в том числе медицины, выступают как общие по отношению к особенному и единичному. Философские категории в медицине проявляются в своеобразной, специфической форме взаимосвязи между организмом и средой, различными органами и системами внутри организма, между здоровьем и болезнью, анатомо-морфологическим и физиологическим, нормальным и патологическим, социальным и биологическим и т. д.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001; Философия медицины. М., 2004

Ю.М. Хрусталев

Характера психоаналитическая концепция – термином «характер» означается совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, которые складываются и проявляются в деятельности

и общении, обусловливая типичные для личности способы поведения. Это определение апеллирует к внешним проявлениям различных характеров, но не раскрывает причины тех или иных конкретных проявлений. В психоанализе это определение дополняется представлениями о том, как формируется характер в зависимости от точек патологической фиксации на той или иной стадии психосексуального развития и как в последующем это сказывается на типичных паттернах поведения – мыслях, идеях, отношениях и поступках человека.

Современная психоаналитическая характерология постоянно расширяется и уточняется, но основные типы характера: оральный, анальный, фаллический, истерический, депрессивно-мазохистический и шизоидный.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Целостный подход к человеку (в клинической психологии) – рассмотрение клиента как существа природного (телесного) и как социального индивидуума (принадлежащего той или иной культуре, обществу) и субъекта психической, духовной (творческой и сознательной) деятельности. Каждый человек в единстве этих сфер обладает уникальной неповторимостью. Феномен человека определяется его многогранностью, сложной организацией как природного явления, социального и душевно-духовного образования. Разумность, свобода воли, способность к творчеству, использование речи, ориентированность не только на потребности, но и на ценности и смыслы выделяют человека из животного мира. Человек – существо рефлексивное и активное, постоянно использует при организации своего поведения знания о себе. Поэтому в отношении его не подходит только инженерная установка (овладеть, подчинить) или естественнонаучная (изучить механизмы функционирования). При изучении человека необходимо исследовать и взаимоотношения, процесс взаимодействия с ним, поскольку он не «объект» изучения, а активный его соучастник. Базисным для процесса психологической помощи клиенту является диалог с ним. Клинический психолог активно использует данные естественных наук о биологической организации и функционировании организма (генотипические особенности психики, поведения, которые определяются наследственно, зависят от анатомии и физиологии), а также данные общественных наук о законах общественного развития (зависимость психики, поведения человека от его места в обществе, социальной роли, вида деятельности, в которой участвует, от его взаимоотношений с другими людьми). В последние годы все чаще говорят и о духовном измерении психики.

Духовность (с точки зрения материализма) – это высший уровень развития и саморегуляции личности. Основными мотивационно-смысловыми регуляторами жизнедеятельности становятся высшие человеческие ценности. Один из основателей западной философии Платон в сформулированной им триаде высших ценностей назвал истину, красоту и добро. Согласно А. Маслоу, духовность связана с такими высшими бытийными ценностями, как истина, добро, красота, единство противоположностей, совершенство, простота и т. д., и пиковыми переживаниями, характерными для самоактуализирующейся личности. В. Франкл рассматривает духовность как высшее смысловое измерение человека, надстраивающееся над телесными и душевными (психическими) измерениями. Надындивидуальные желания еще называют «высшими побуждениями», или «метамотивами». Игнорирование метамотивов лишает человека чего-то жизненно необходимого для его благополучия, приводит к задержке в развитии, может вызвать «метапатологии». А. Маслоу, изучая на период обследования телесно здоровых людей, обнаружил десятки специфических метапатологий (нигилизм, ощущение бессмысленности жизни, цинизм, недоверие к другим людям, чувство отчуждения от окружающего мира, безнадежное отношение к будущему и др.). В отечественной психологии А.В. Брушлинский (2003) подчеркивал, что духовность является не надпсихическим, а качеством психического как важнейшего атрибута субъекта. Теме духовности в психологии посвящены исследования Б.С. Братуся (1988), В.П. Знакова (1998), В.Д. Шадрикова (1998) и др. В рамках научного подхода отечественными психологами изучаются духовные составляющие здоровья (Творогова Н.Д., 2001, 2010; и др.).

Поскольку человек является сложной многоуровневой системой, то существует иерархия этих уровней, взаимосвязь которых активно изучается. Так, культурно-историческая концепция развития психики (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия) доказала, что натуральные (биологические) функции человека, прижизненно превращаясь в собственно человеческие, культурно детерминированные, радикально меняются (трансформация биологически детерминированной функции в культурно детерминированную осуществляется, в частности, через знаково-символическое опосредствование в деятельности). Эмпирические исследования, выполненные в рамках этой концепции, доказали, что психическую систему можно рассматривать как надсистему по отношению к биологической подсистеме. Сформулирована гипотеза о том, что духовная система – это надсистема по отношению к психической системе.

Профессиональная работа клинического психолога включается в комплексную помощь человеку. Слово «исцеление» и слово «целый» происходят из одного корня; быть исцеленным означает быть целым, когда ничего не недостает. Парацельс говорил: «Пока мы не познаем состояние нашей гармонии, мы в лучшем случае можем освободить вас от вашей болезни, потому что ваша внутренняя гармония является источником вашего здоровья».

►Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Цивилизация (в философии) (лат. civilis – гражданский) – многозначное понятие, отражающее прежде всего совокупность характерных черт, присущих только высокоразвитым обществам. До сих пор существуют разные трактовки термина: 1) наиболее распространенным стало представление о Ц. как особом типе общества, где в центре – человек как деятельное существо, преобразующее мир и себя в нем (такое понимание характерно для техногенной Ц.); 2) в обыденном сознании Ц. понимается как нечто такое, что дает людям все необходимые удобства для осознанной, творческой жизнедеятельности; 3) в научном смысле Ц. – это совокупность характерных черт познавательной, технической и технологической развитости, присущих исторически культурным обществам; 4) в философии Ц. – это: а) наиболее развитая форма интеллектуальной культуры, высшая ступень в человеческом мышлении, ее научно-техническое и технологическое оснащение как критерий общественной зрелости; б) наивысший эпохальный уровень саморазвития людей как итог и результат деятельности человеческого разума, воли, чувств; в) фактическая реализация идей и идеалов социальной справедливости, уважения гражданских прав людей, разумного использования ими открытий науки и достижений техники, обеспечивающих безопасность и комфорт в их жизни; 5) в современной философской литературе термин широко используется для обозначения как единства всего многообразия существующих в современном мире устройств и образований (в качестве синонима «мирового сообщества» в целом), так и многообразия локальных и региональных миров людей, населяющих Землю и составляющих противоречивое единство некоего мирового социума; 6) понимается ныне как особое материальное «тело» конкретного общественного устройства (целостная историческая эпоха социального и научно-технического состояния различных сообществ людей и человечества в целом) по отношению к его «духу» – культуре интеллектуально-нравственных отношений.

Понятие Ц. всегда несет в себе некий нормативный смысл – прогресс общества, который предполагает прогресс науки, техники и технологий. Понятие указывает на высший уровень культурного развития человечества, на определенную степень освоения им природы и управления ее отдельными процессами и явлениями, на высшее материально-техническое состояние общества, представляющее собой уникальный и самобытный социально-культурный институт саморазвития всего человечества. Ключевые слова, которые указывают на содержание и уровень развития Ц., – это: высокая степень гражданской свободы и ответственности, социальный контроль и общественный порядок, безопасность во всех сферах общественной и личной жизни людей; это и действенные законы и нравственное отношение к жизнедеятельности индивидов; и высокое качество форм и средств коммуникации: дороги, транспорт, связи и т. д.; это комфорт, благоустроенность жизни большинства индивидов. И наконец, забота о детях и стариках, слабых и больных и т. д.

Понятие Ц. появилось еще в Древней Греции для определения качественного отличия античного общества от варварского окружения; сущностный смысл понятия указывал на достижение порядка и некую социально-разумную форму совместного проживания людей. Позднее, в эпоху Просвещения, понятие стало употребляться для характеристики наивысшей стадии социально-культурного, естественно-научного и технического развития общества. Позже Ц. стали называть региональные (континентальные) объединения людей, связанные языком, исторической ментальностью, совокупностью идей и идеалов совместной жизни, единым мировоззренческим принципом, религией и т. д. Материальная характеристика Ц. основывалась на степени разделения труда в совместном производящем хозяйстве.

Философами культуры и науки в XIX и XX вв. были разработаны различные концепции цивилизационного развития на основе идей саморазвития и саморазрушения многочисленных автономных и в целом самодостаточных локальных Ц. Прогресс Ц. предполагает одновременно и прогресс в науке, технике и технологиях, с помощью которых человек становится как бы хозяином природы и демиургом (греч. demiurgos – творец) собственной судьбы. Прогресс Ц. нацеливает людей на упорядоченные, научно-рациональные, нравственные совместные действия с себе подобными.

В истории человечества после дикости и варварства было немало Ц., которые демонстрировали общественный прогресс. Все ныне известные Ц. в мире условно подразделяются на западные и восточные с учетом значительных особенностей в их материальной, духовной и политической жизни. Подобное понимание Ц. как специфического культурно-исторического социально-эпохального развития человечества философски осмыслено и изложено в трудах Н.Я. Данилевского, О. Шпенглера, А. Тойнби, Л.Н. Гумилева и др. мыслителей-гуманистов.

Зарубежная и отечественная литература по проблемам развития современной Ц. стала своеобразной ареной острых философских дискуссий, касающихся определения Ц., особенно характеристики ее сущности и воздействия на жизнь и деятельность людей. Анализируя законы и тенденции социокультурного развития человечества, философия науки привлекает внимание ученых к проблеме: в чем заключается система базисных ценностей в истории Ц. и что можно и нужно изменить в этой системе?

Становление и расцвет современной Ц. связаны с наукой как целенаправленной и организованной деятельностью ученых. Это есть их «неустанная многовековая работа мысли» (Эйнштейн) по производству точных знаний о природе, обществе и человеке, причинах их взаимодействия. Научно-технический и технологический прогресс привел многие страны мира к новому качеству жизни.

Сегодня можно констатировать, что Ц. находится на крутом, переломном этапе своего развития. Будущее человечества зависит от научных путей и средств социально-культурного объединения усилий всех народов мира для улучшения жизни людей и решения насущных задач, встающих перед человечеством в современной техногенной реальности. Выбор разумного пути развития жизненно необходим всем народам Земли, чтобы, обеспечивая себя продовольствием, энергией, сырьем, при всем этом сохранять природную среду обитания, что избавит современный мир от угрозы глобальных катастроф. Подобный гуманный выбор необходим и для более эффективного использования всех тех колоссальных возможностей, которые открываются ныне перед всем человечеством на базе современных науки, техники и технологии.

▸ Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001

Ю.М. Хрусталев

Экологическая психология (экопсихология) – представлена на современном этапе своего развития следующими основными направлениями: психологическая экология, экологический подход в психологии, психология окружающей среды, психология экологического сознания, психология глобальных изменений, экопсихология развития и др. (Barker R., 1968; Душков Б.А., 1987; Черноушек М., 1989; Голд Дж., 1990; Pawlik K., Stapf K., 1992; Ковалев Г.А., 1993; Скребец В.О., 1998; Дерябо С.Д., 1999; Ясвин В.А., 2000; Панов В.И., 2004; Смолова Л.В., 2010, и мн. др.).

Психологическая экология занимается изучением влияния физических, химических, радиационных и т. п. факторов внешней физической среды на психическое и психологическое здоровье человека,

на развитие психических функций и поведение. Наиболее известным примером являются исследования, посвященные так называемому чернобыльскому следу.

Экологический подход в психологии связан прежде всего с именами К. Левина (социо- и психодинамика группового взаимодействия) и Дж. Гибсона (экологический подход к зрительному восприятию). Отличительной чертой этого направления является требование экологической валидности, т. е. соответствия исследовательской (или диагностической) процедуры естественным (нелабораторным) условиям и природе осуществления изучаемого психологического феномена, т. е. без вмешательства психолога-исследователя (Гибсон Дж., 1988; Pawlik K., Stapf K., 1992). Именно этот подход дал толчок к постулированию системы «индивид – среда» в качестве исходного основания для определения предмета психологического исследования, к введению в психологический словарь понятия «среда обитания» как совокупностисредовых возможностей (условий), находящихся в отношениях дополнительности к жизненным потребностям индивида и выступающих объектом непосредственного восприятия.

Психология глобальных изменений исследует особенности практического мышления специалистов, занимающихся оценкой и прогнозом развития явлений и процессов планетарного масштаба. Основанием для этого служит фиксация несоответствия масштабов глобальных изменений, вызываемых человеческой деятельностью, и функционального диапазона (масштаба) психологических возможностей человека для непосредственного восприятия и осмысления изменений в окружающей среде. Речь идет о том, что скорость протекания глобальных изменений настолько медленна по сравнению с человеческой жизнью, что люди просто не успевают заметить эти изменения.

Психология окружающей среды. Одним из ключевых понятий Э. п. выступает понятие «окружающая среда», которое легло в основу одного из основных зарубежных направлений экопсихологии – инвайронментальной психологии (Environmental Psychology); в последние годы ее стали называть еще средовой психологией. Предметом психологии средовых влияний является изучение и практика влияния на психику человека окружающей среды разной модальности – как природной, включая пространственную, так и социальной: пространственной (городской, архитектурной), семейной, образовательной, информационной (от СМИ до Интернета), этнокультурной и т. д. В последнее десятилетие некоторые специалисты стали обозначать это направление как психологию средовых взаимодействий. В отличие от зарубежных представлений, в отечественных эколого-психологических исследованиях, по сути, объединяются несколько направлений, отличающихся друг от друга вектором направленности субъектного и объектного взаимодействия в системе «человек – окружающая среда» и ее разновидностях («индивид – среда», «человек – природа» и т. п.):

- экстремальная психология (психология экстремальных ситуаций), предметом изучения которой являются психологические особенности поведения и деятельности человека в необычных для него средовых условиях (под водой, в воздухе, в космосе, под землей и т. п.), а также в экстремальных ситуациях (природные и техногенные катастрофы, боевые действия, террористические акты и т. п.);
- психология охраны окружающей среды, предметом которой являются психологические аспекты природоохранной деятельности человека и общества (разумное и сохранное отношение к природным ресурсам планеты и к социокультурным достижениям человека, ответственное отношение к отходам человеческой деятельности, загрязняющим окружающую среду и т. п.).

Психология экологического сознания занимается изучением индивидуального и группового экологического сознания (и мировоззрения). Опираясь на модальности субъективного (личностного) отношения к природным объектам, С.Д. Дерябо и В.А. Ясвин выделяют три типа экологического сознания: архаический, антропоцентрический и экоцентрический (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 1995, 1996; Дерябо С.Д., 1999; Ясвин В.А., 1999, 2000). В.И. Панов (2004, 2006) добавляет четвертый тип – природоцентрический. Особое место в проблематике экологического сознания занимают особенности экологического сознания в контексте последствий чернобыльской катастрофы (Хащенко Н.Н., 2006; и др.). Есть и другие подходы к пониманию этого

феномена (Акопов Г.В., 2001; Медведев В.И., Алдашева А.А., 2001; и др.).

Несмотря на теоретическую и эмпирическую разнородность основных направлений Э. п., их объединяет общая методологическая установка: представление о том, что психологические проблемы изучения сознания и индивидуальности человека, его психического развития и обучения, восприятия, переживаний и поведения, психологического, психического и физического здоровья и т. п. должны рассматриваться в контексте взаимодействия человека с окружающей средой.

Предмет эколого-психологического исследования зависит от исследовательской позиции в понимании психики и компонентов системы «человек – окружающая среда (природная, социальная)». Психика в качестве объекта изучения в эколого-психологических исследованиях предстает в разных формах своего существования:

- в собственной форме действительного существования, т. е. в проявленной форме психических процессов, состояний, сознания, способностей и поведения человека, находящегося во взаимодействии с окружающей средой. Субъектом психической реальности здесь выступает «человек», т. е. первый компонент системы «человек – окружающая среда», который может рассматриваться с позиций его существования как существа биологического (физиологического), социального, теперь добавляют еще и духовного, и, конечно, как существа психического (носителя психической реальности);
- в превращенной (опредмеченной) форме действительного существования психологических (личностные, коммуникативные и т. п. особенности людей, образующих социальную среду) и квазипсихологических свойств (качеств) самой окружающей среды (придаваемые ей человеком символические, эстетические, релаксационные и т. п. качества, например: «напряженность образовательной среды», «агрессивность информационной среды», «символическое бытие архитектурной среды» и т. п.). В этом случае субъектом психической реальности, а в определенных случаях – ее квазисубъектом, выступает «окружающая среда», т. е. другой компонент системы «человек – окружающая среда»;
- в становящейся форме (переход психики из «бытия в возможности», по Аристотелю, в «бытие в действительности»), когда порождение психической реальности, т. е. обретение психикой действительной формы ее существования в виде процессов, состояний, сознания (и может быть даже ноосферы?), происходит посредством актуального взаимодействия между компонентами системы «человек – окружающая среда».

В результате обобщения разных подходов под понятием «окружающая среда» понимается совокупность (или система) влияний и условий, способствующих или препятствующих: а) удовлетворению имеющихся у индивида потребностей, б) формированию новых потребностей, в том числе и для проявления скрытых и развития проявленных интересов и способностей. В качестве структурных компонентов окружающей среды выступают:

- пространственно-предметный компонент как совокупность условий и факторов пространственного поведения человека;
- коммуникативный (социальный) компонент как совокупность межличностных отношений между субъектами окружающей среды;
- деятельностный компонент как совокупность («веер») деятельностей, в которые может включиться каждый из субъектов данной среды и тем самым получить возможность для своей жизнедеятельности и для своего физического (телесного), психического и социального развития.

Понятие «человек», как компонент системы «человек – окружающая среда», может рассматриваться как индивид, как группа, как общность и как человечество в целом (например, если речь идет об экологическом сознании: индивидуальном, групповом и т. д.). С другой стороны, «человек» в данном случае может эксплицироваться как личность (например, экологическая личность, или личность, принимающая экологические решения), как субъект того или иного типа экологического сознания или отношения к природе. Более сложным является третий аспект, когда необходимо определиться в понимании человека по отношению не столько к внешней природе (природной среде), сколько к его собственной природе или, что в данном случае то же самое, к его сущности. Фундаментальная проблема психологии – это вопрос о собственной природе

психического, субъектом которой является человек и другие живые существа. Ответ на него предполагает предварительное выяснение значений понятия «природа». Согласно «Философскому энциклопедическому словарю» (1983), этим понятием обозначаются: 1) все сущее; 2) объект исследования естественных наук; 3) средовые условия обитания. В экопсихологии понятие «природа» используется во всех этих трех значениях. Причем второе и третье значения задают такое понимание системы «человек – окружающая среда», которое имеет в своей основе логику объект-объектных и субъект-объектных отношений. Согласно этой парадигме, человек и природа разделены и противостоят друг другу, принимая на себя в зависимости от конкретного предмета исследования роль либо «субъекта», либо «объекта». В одном случае человек выступает как субъект, активно воздействующий на природу и технологически преобразующий ее в соответствии со своими целями и взглядами на то, какой она должна быть. В другом случае, наоборот, природа воздействует на человека, который, в свою очередь, принимает на себя страдательную функцию, т. е. выступает как объект, принимающий на себя воздействие окружающей среды. Обращаясь к первому смыслу понятия «природа» (все сущее), можно обнаружить, что возможна и иная парадигма в анализе взаимоотношений в системе «человек – природа». Действительно, исходное понимание природы как универсального, всесущего основания многообразия природных форм бытия (в народном сознании «Мать-природа» [Ю.М. Плюснин, 1996]) коренным образом меняет смысл взаимоотношений человека и природы и, соответственно, смысл экопсихологической и даже экологической парадигм. Ведь тогда человек выступает как продукт развития природы, как природная форма бытия («природная» не в узком биологическом, а в широком смысле). Соответственно, человек и природа в этом случае уже не противопоставляются друг другу как разделенные сущности, выраженные в виде компонентов отношений «субъект – объект», «индивид – среда» или «человек – планета». Человек, являясь универсальным носителем общих закономерностей самоосуществления природных форм бытия и тем самым субъектом общеприродного процесса развития, становится ее «ключевым звеном». Осуществляя свое развитие, он осуществляет саморазвитие природы в целом. Становление системы «человечество – планета» выступает как порождение целостного субъекта, реализующего в своем развитии универсальные общеприродные принципы становления форм бытия (включая бытие человека и психику), способного к саморазвитию через порождение субъекта совместного становления психической реальности посредством взаимодействия между человеком и окружающей средой (ноосфера как особая форма бытия психической реальности, возникающая в процессе такого взаимодействия человечества и планеты, в основе которого лежат единые, универсальные принципы эволюции системы «человечество – планета» как формы бытия, обладающей по своей природе субстанциональностью). Психика при таком подходе выступает как одна из общеприродных форм бытия, а ее развитие – как проявление универсальных принципов развития. Это направление Э. п. обрело свою форму в виде экопсихологии развития, т. е. экопсихологического подхода к развитию психики в разных средовых условиях.

Из вышесказанного следует, что объектом экопсихологии как области психологических исследований выступают психологические аспекты взаимодействия человека с окружающей средой в системе «человек – окружающая среда». Эти аспекты в указанных направлениях Э. п. могут быть представлены, с одной стороны, такими явлениями человеческой психики, особенности которой определяются характером воздействия на нее тех или иных свойств, качеств, паттернов окружающей среды и напротив, характером воздействия человека на окружающую среду. С другой стороны, психологические аспекты взаимодействия в системе «человек – окружающая среда» представлены психологическими и квазипсихологическими качествами самой окружающей среды, действительно ей присущими или же приписываемыми ей человеком (его ожиданиями и системой жизненных ценностей, установками и субъективным отношением и т. п.). Наконец, с третьей стороны, психологические аспекты взаимодействия в системе «человек – окружающая среда» представлены теми психическими явлениями, которые порождаются, образно говоря, «в зазоре» между компонентами системы «человек – окружающая среда» как целостного субъекта их совместного развития и которые затем

становятся свойствами человеческой психики и (или) психологическими и квазипсихологическими свойствами окружающей среды.

Предмет экопсихологии и, соответственно, различные ее направления задаются (эксплицируются) различным содержанием понятий «человек» и «окружающая среда» как компонентов системы «человек —окружающая среда» и типом взаимодействия между ними.

▸ *Голд Дж.* Основы поведенческой географии. М., 1990; *Дерябо С.Д.* Экологическая психология: диагностика экологического сознания. М.: Московский психолого-социальный институт, 1999; *Душков Б.А.* География и психология. Подход к проблемам. М.: Мысль, 1987; *Медведев В.И., Алдашева А.А.* Экологическое сознание: учеб. пособие. М.: Логос, 2001; *Панов В.И.* Введение в экологическую психологию: учеб. пособие. 2-е изд. М.: Школьные технологии, 2006; *Панов В.И.* Экологическая психология: опыт построения методологии. М.: Наука, 2004; *Панюкова Ю.Г.* Психологическая репрезентация пространственно-предметной среды обыденной жизни: монография. Красноярск: РИО КГПУ, 2003; *Плюснин Ю.М.* Народное «экологическое мировоззрение»: конъюнктурность и архаичность. Учителю об экологии детства. М.: РАО Психологический институт — ЦКФЛ, 1996. С. 32–35; *Скребец В.О.* Екологічна психологія: нач. посібник. Киев: МАУП, 1998; *Смолова Л.В.* Психология взаимодействия с окружающей средой (экологическая психология). СПб.: СПбГИПСР, 2010; *Хащенко Н.Н.* Типология актуального экологического сознания личности // 4-я Российская конференция по экологической психологии: материалы / Под общ. ред. В.И. Панова, А.В. Иващенко. М.: Изд-во РУДН, 2006. С. 43–54; *Черноушек М.* Психология жизненной среды. М.: Мысль, 1989; *Ясвин В.А.* Методика диагностики отношения населения к деятельности заповедников «Заповедные мифы» // 2-я Российская конференция по экологической психологии: материалы. (Москва, 12–14 апреля 2000 г.) / Под ред. В.И. Панова. М.–Самара: Изд-во МГППИ, 2001. С. 145–153; *Altman I.* The Environment and the Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory, Crowding. Monterey, 1975; *Barker R.* Ecological psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior. Stanford, 1968; *Pawlik K., Stapf K.* Okologische-Psychologie: Entwicklung, Perspektive und Aufbaueines Forschungsprogramms // Umwelt und Verhalten. Bern. 1992. P. 9–24

В.И. Панов

Эпидемиология (психологический аспект) — междисциплинарная наука, включающая психологические, социологические, демографические и медицинские аспекты. Изучает болезни, их распространение среди населения и их влияние на окружающую среду. Центральное понятие Э. — эпидемия, означающее быстрое распространение социального и (или) психологического феномена среди населения (например, эпидемия самоубийств в США в 1929 г. после развала рынка акций, так называемой черной пятницы).

▸Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Этика (греч. ethos — местопребывание) — а) наука о морали (лат. mos — этика, мн. ч. — mores), мораль — это предмет данной науки; б) свод моральных правил; в) учение, изучающее и обобщающее классы добродетелей (этические добродетели — мужество, умеренность, щедрость и др.). На сегодняшний день есть и другие определения этого термина. Учение об Э. возникло давно: после введения понятия в обиход ранними античными авторами (Гомер, Эмпедокл, Гераклит) стало развиваться в различных областях жизни человеческого общества, и в первую очередь в медицине.

Мораль — общественный институт, выполняющий функции регулирования поведения человека через общественное мнение; основывается на понятиях, принимаемых обществом как основополагающие духовные ценности: добро, честь, совесть, сострадание, искренность, справедливость, бескорыстие, благородство, достоинство, гуманность, добросовестность, человеколюбие, дружелюбие и сотни других. На этих понятиях выросли такие категории морали, как сострадание к больным, бедным, немощным; уважение и любовь к ближним своим; уважение к пожилым и старшим; любовь к детям; бескорыстная помощь бедствующим; великодушие, интернационализм и др. Категориями морали являются и известные исторические запреты — не убей, не укради, не лжесвидетельствуй. Принципы морали — неписаные законы поведения человека в обществе; эти принципы выросли из жизненных явлений, которые постепенно складывались в обычаи и традиции (нрав — обычай, уклад общественной жизни, нравственность); религия внесла свой вклад в разработку учения о морали, формулировку мо-

ральных принципов. В западном обществе утвердились на основе моральных категорий (честность, вежливость, практичность, порядок и милосердие, творчество, разнообразие традиций и др.) следующие моральные принципы: взаимное уважение, будь полезен окружающим, делай свое дело на совесть; уважай того, кто живет рядом; помогай тому, кто одинок, стар, серьезно болен; не обижай слабого и не переступай однажды установленных правил и др.; в медицине — делай добро, не причиняй вреда, будь справедливым, воздерживайся от пагубных дел и др. Одним из показателей морального климата общества считается то, как оно относится к своим сирым, нищим, пожилым, немощным и детям. Для всех помогающих профессий соответствующим профессиональным сообществом в настоящий период разработаны этические кодексы специалиста.

Мораль состоит из двух слагаемых: теоретической (идеальной основы) и практической части (претворением этих идеалов в жизнь); первое и второе не всегда совпадают. Авторитет или положение того или иного лица в сфере морали не должны быть связаны с его реальными полномочиями, властью, общественным положением; показателем отношения человека к морали являются его поступки, мотивация отношения к людям, готовность следовать нормам общественных духовных требований. Моральные нормы обычно не закреплены законами; их выполнение контролируется не принуждением, а общественным мнением. Однако поскольку появились современные технологии управления общественным мнением, то в конце XX столетия в медицине многие нормы морали стали закрепляться законодательно.

Вопросы Э. и морали самого разного плана стали разрабатываться в ООН, его подразделениях — ЮНЕСКО, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) и рекомендоваться для исполнения во всех странах мира.

Положения Э., деонтологии почти до конца XX столетия традиционно основывались на нравственности, моральных кодексах, традициях, общественном мнении и т. д., опирались на теорию блага. В биомедицинской Э. многое перешло в правовые рамки, стало обязательным (например, необходимость выполнения всех обещаний, содержащихся в «Присяге врача РФ», ныне закреплена законодательно). Основные принципы биомедицинской Э.: принцип уважения человеческого достоинства, принцип признания автономии личности, принцип благодеяния и неповреждения («твори добро и не причиняй зло»), принцип справедливости. Ее правила: правдивости, конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни, добровольного информированного согласия. Важнейшим объектом биомедицинской Э. стал человек, больной человек, его защита от возможных негативных воздействий медицины и биологии на его здоровье. Задача дальнейшего развития медицинской Э. — это и защита от возможных негативных воздействий на психику человека, его психическое и психологическое благополучие (возможное название этого направления — «психомедицинская Э.»); данные в этом направлении уже систематизируются деонтологией.

▸ *Шамов И.А.* Биомедицинская этика. М.: Медицина, 2006

Н.Д. Творогова

Раздел 2

Психологические термины, понятия, эффекты, их естественно-научные основы и философские обобщения

Аборт психический — прерывание еще не развившегося психологического контакта. В английском языке «аборт» (А.) означает прекращение какого-либо состояния.

В медицине термин «А.» — это прерывание беременности до срока, когда плод становится жизнеспособным; различают два типа А.: 1) самопроизвольный (любое преждевременное изгнание нежизнеспособного плода, без чьих-либо попыток прервать беременность); 2) искусственный (является результатом произвольного вмешательства). В медицинском А. кроме физической есть и психологическая составляющая, предполагающая прерывание психологического контакта между беременной женщиной и пренейтом, исключение последнего из субъективного психологического пространства женщины (Кулешова К.В., 2013).

Формирование отношения к возможному ребенку начинается еще до его зачатия, имеет истоки в личностных особенностях родителей, их взаимоотношениях, социально-психологическом статусе семьи в целом, в их ценностных ориентациях, убеждениях, опыте и пр. Разрешение проблемы сохранения беременности находится прежде всего в личности будущей матери, в системе ее отношений с внешним миром.

По причинам происхождения беременность разделяют на случайную и запланированную. Последняя делится на две группы: беременность, запланированную обоими партнерами, и беременность, планируемую только женщиной. Под случайной подразумевается беременность, которая является нежеланной или неожиданной для супругов. Чем выше у женщины социальный и интеллектуальный уровень, чем более она независима и профессионально успешна, тем труднее ей оставить беременность, решиться стать матерью (Боровикова Н.В., 2005). Процесс осознания своей беременности может включать различные формы игнорирования признаков беременности как варианта интрапсихической защиты. Амбивалентный комплекс зарождается уже на самом раннем этапе, когда женщина вынуждена решать вопрос о том, сохранять или прерывать беременность; причины и конкретные проявления этого феномена всегда индивидуальны (Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С., 1998). Например, незамужняя женщина может склоняться сделать А. при нежеланной беременности, чтобы не причинять боль своим родителям. Окончательное решение сохранить беременность или искусственно ее прервать не является с психологической точки зрения моментальной производной текущей ситуации. Решение имеет стадии формирования и несет качественную направленность в жизненном плане личности в зависимости от наличия существующих нравственных приоритетов в ядре ценностных ориентаций, складывающейся иерархии мотивов и структуры взаимосвязанных целей (Ефимова И.В., 2003).

Большинство женщин, перенесших А., не испытывают негативных психологических реакций на него (A. Adler et al., 1992; Major and Gramzow, 1999). Бренда Мейджор (1985) выяснила, что установки женщин до А. хорошо предсказывают их реакцию на него. Женщины, благосклонно относящиеся к А., сохраняли после А. о себе благоприятное мнение

и испытывали чувство облегчения. Еще один фактор, обусловливающий позитивное переживание после А., — социальная поддержка друзей, партнера, семьи и (или) других социальных групп (Lodi, Mc Gettiganand Bucy, 1984). Безоценочное консультирование врача в женской консультации помогает женщинам, принявшим решение, сделать А. Некоторые исследования показывают, что женщины могут испытывать и негативные эмоциональные реакции на А.; после операции у таких женщин возможны депрессивное настроение, тревога и чувство вины (Козловская А., 2003). Женщин обычно пугают последствия А. (особенно при первой беременности). Если в обществе А. не приветствуется и имеются санкции против женщины, сделавшей его, то она боится, что «ее поймают», а не самого А. (Ungruh K., 1990); женщины, переживавшие, что А. поставил на них позорное клеймо, гораздо чаще скрывали этот факт от других. Неудачи при попытках прервать нежеланную беременность усугубляют негативное состояние женщины (Верни Т., 2005).

По результатам проведенного исследования (Кулешова К.В., 2013) принявшие решение искусственно прервать свою беременность (среди них было 70 % женщин в возрасте до 30 лет и 30 % женщин в возрасте от 30 до 42 лет) считают А. для себя вынужденной мерой, относятся к нему или без особых эмоций, или даже испытывают после него, как они выражаются, моральное и физическое облегчение. Женщины основной причиной уже сделанного А. считают низкий уровень своей жизни («семьи, по сути, нет; материальное положение тяжелое; в таких условиях ребенок — непосильная ноша, его не вырастишь, да и о себе надо подумать»); причем те женщины, у которых уже есть ребенок, в качестве причины сделанного А. чаще называли свои неустойчивые отношения с отцом ребенка. В результате проведения структурированного интервью (интервью проводилось до А.) по методике Н. Пезешкиана, а также в результате включенного наблюдения за женщинами выявлено, что женщины, почувствовавшие физическое и психическое облегчение после А., и те, кто нейтрально отнесся к этой процедуре, физически забеременев, так и не впустили образ зачатого ребенка (не сформировали отношения к нему как личности) в свою психическую жизнь, в свой внутренний мир. В их ответах, в беседах с другими женщинами до проведения медицинского А. образ ребенка, внимание к зародившейся жизни не присутствовали. В центре переживаний такой беременной была исключительно она сама, ее личные сомнения, связанные с ее настоящим и будущим. Еще до проведения медицинского А. женщина, решившая прервать беременность, уже «психически абортировала» зачатого ребенка, не позволив себе сформировать к нему эмоционально окрашенного личностного отношения как отдельному субъекту жизни, не придав ему значения как другой индивидуальности (для нее он оставался инородным объектом).

▸ *Боровикова Н.В.* Синдром беременности: хрестоматия по перинатальной психологии/Сост. А.Н. Васина. М.: УРАО, 2005. С. 6–12; *Брутман В.И., Варга А.Я., Радионова М.С.* Изучение состояний сознания на различных этапах репродуктивного периода женщин//Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. М., 1998. С. 142–143; *Козловская Л.* Эмоциональное, интердиктивное и оценочное отношение к аборту// Медико-психологические аспекты современной перинатологии. Ч. 1. М.: Изд-во Института психотерапии, 2003. С. 90–93; *Кулешова К.В.* За гранью себя: беременность как психологическая трансформация (психологическое исследование). М.: МИА, 2015; *Батуев А.С., Соколова Л.В.* Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать — дитя» // Вестник Ленинградского университета. 1994. 2(№ 10)

К.В. Кулешова

Абстиненция алкогольная (лат. abs — из-за и teneo — держаться) — состояние похмелья, следовая реакция, возникающая после алкогольного или наркоманического эксцесса. Характерными проявлениями А. а. являются: головная боль, головокружение, сухость во рту, тахикардия, слабость, разбитость, чувство дискомфорта, иногда двоение в глазах, угнетенное настроение, часто сопровождающееся идеями самообвинения и раскаяния, повышенной внушаемостью, вегетососудистыми реакциями. Нарушаются глазомер, тонкая координация движений. Возможно появление эпилептиформных приступов, делирия, состояний спутанности. Длительность фазы элиминации (распада этанола и выведения его из организма) продолжается от 5 до 35 часов. Психологическое обследование в этой фазе свидетельствует о резком снижении работоспособ-

ности, ослаблении внимания, функциональных нарушениях умственной работоспособности, колебаниях психического темпа. Отмечаются также ухудшение понимания инструкций, запоминания, счета (психодиагностика внимания с помощью счета по Крепелину и использования таблиц Шульте). Получение с помощью психологических исследований объективных данных имеет важное практическое значение для экспертизы последствий алкогольного опьянения – решения о возможности допуска к работе пилотов, водителей и др. Состояния А. а. купируются крепким чаем, холодным душем, медикаментозными средствами и пр. Применение с этой целью малых доз алкоголя, распространенное в некоторых субкультурах, является одним из путей формирования хронического алкоголизма, в связи с чем недопустимо.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Абулия (греч. abule – безволие, нерешительность) – психопатологический синдром, характеризующийся потерей инициативы, побуждений к деятельности, ослаблением воли. А. может быть кратковременной или постоянной. А. проявляется в частичном или полном отсутствии желаний, инициативы, побуждений к деятельности, в неспособности принять решение и осуществить нужное действие, хотя необходимость его может осознаваться.

А. возникает при массивных поражениях лобных долей мозга; может быть также симптомом, указывающим на начальную стадию психического заболевания, иногда наблюдается и при некоторых пограничных состояниях. Стабильная А. – существенный признак кататонической формы шизофрении, циркуляторного психоза. А. следует отличать от слабоволия как черты характера, вызванной неправильным воспитанием и устранимой направленной тренировкой. В психопатологии различают врожденную А., сопровождающую глубокие степени олигофрении, и приобретенную А., являющуюся результатом обширных травм лобных долей мозга или тяжелых психических заболеваний (депрессии, шизофрении, психоза, запущенных форм наркомании и т. п.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

«Автоматическое письмо» – способность индивида, находящегося в состоянии гипноза, медиумического или медитативного транса, писать осмысленные тексты вне сознательного контроля за этим процессом с его стороны. Увлечение спиритизмом в конце XIX века заставило обратить внимание психиатров и психологов (Майер Ф., Джеймс В., Жане П.) на «А. п.» как проявляющийся при этом феномен. В спиритизме оно трактовалось как писание под диктовку духов, отвечающих на задаваемые им во время спиритического сеанса вопросы. В результате научных исследований было сформулировано заключение, что «А. п.» представляет собой возникший в особых состояниях сознания доступ к бессознательному. Впоследствии «А. п.», наряду с другими аналогичными явлениями («автоматический рисунок», «автоматическое музицирование»), стало использоваться как средство самовыражения в искусстве сюрреализма (в частности, у А. Бретона). Интересно отметить, что способностью к «А. п.» обладал В.С. Соловьев, который, по свидетельству современников, был «пассивным медиумом».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Аггравация (лат. aggravatio – отягощение, утяжеление) – преувеличение тяжести симптомов реально существующего заболевания или болезненности состояния. К А. склонны люди с истероидной акцентуацией, страдающие психическими заболеваниями, а также лица пожилого возраста, имеющие выраженные изменения психики. Преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб может быть полностью сознательным, но иногда оно обусловлено, например, страхом, депрессией, чувством одиночества, безнадежности. Причем, переход от сознательной к менее осознанной А. бывает зачастую незаметным для самой личности. А. следует отличать от симуляции, при которой из корыстных побуждений демонстрируются признаки на самом деле отсутствующего заболевания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Агнозия (в нейропсихологии) (греч. a – отрицательная частица и gnosis – знание) – нарушение

различных видов восприятия, возникающее при поражении коры головного мозга и ближайших подкорковых структур. А. связана с поражением вторичных (проекционно-ассоциационных) отделов коры головного мозга, входящих в состав коркового уровня анализаторных систем. Поражение первичных (проекционных) отделов коры вызывает лишь элементарные расстройства чувствительности (нарушение сенсорных зрительных функций, болевой и тактильной чувствительности, снижение слуха). При поражении вторичных отделов коры больших полушарий элементарная чувствительность сохраняется, однако утрачивается способность к анализу и синтезу поступающей информации, что приводит к нарушению различных видов восприятия. Различают несколько основных видов А.: зрительные, тактильные и слуховые.

Зрительные А. возникают при поражении вторичных отделов затылочной коры. Они проявляются в том, что человек – при сохранности достаточной остроты и полей зрения – не может узнать предметы и их изображения (предметная А.), различить пространственные признаки объектов, основные пространственные координаты (пространственная А.); у него нарушается процесс опознания лиц при сохранности восприятия предметов и их изображений (А. на лица или прозопагнозия), нарушается способность классифицировать цвета при сохранности цветового зрения (цветовая А.), утрачивается способность различать буквы (буквенная А.; этот вид А. лежит в основе одной из форм нарушения чтения – алексии), резко сокращается объем одновременно воспринимаемых объектов (симультанная А.). Характер зрительных А. определяется локализацией очага в пределах вторичных корковых полей затылочных отделов больших полушарий и прилегающих к ним теменных и височных областей и стороной поражения мозга.

Тактильные А. возникают при поражении вторичных корковых полей теменной доли левого или правого полушария и проявляются в виде расстройства опознания предметов на ощупь (астереогнозия) или в нарушении узнавания частей собственного тела, нарушении схемы тела (соматоагнозия) или в трудностях опознания цифр, букв, написанных на руке (тактильная алексия).

Слуховые А. возникают при поражении вторичных корковых полей височной доли. При поражении височной коры левого полушария слуховая или слухоречевая А. проявляется в виде нарушения фонематического слуха, т. е. нарушения способности различать звуки речи, что приводит к расстройству речи в виде сенсорной или акустико-мнестической афазии; при поражении височной коры правого полушария (у правшей) возникает собственно слуховая А. – невозможность узнавания знакомых немузыкальных звуков и шумов (например, лая собак, скрипа шагов, шума дождя и т. п.) или амузия – невозможность узнавания знакомых мелодий, расстройство музыкального слуха.

При поражении передних отделов мозга (лобных долей и связанных с ними подкорковых структур) нарушения восприятия протекают по типу псевдоагнозии, когда при сохранности зрительной, слуховой и кожно-кинестетической анализаторных систем нарушается избирательность протекания гностической деятельности, контроль за ее результатами и общее осмысление ситуации. Нарушения восприятия по типу псевдоагнозий наблюдаются и при различных психических заболеваниях (шизофрении, алкогольных психозах, старческой деменции и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Агнозия социальная – понятие, введенное В. Райхом для обозначения такого отношения человека к собственной жизни, при котором позитивные ее стороны им не воспринимаются и отсутствует способность организовывать свою деятельность так, чтобы она приносила удовлетворение. Такое отношение характерно для психопатической личности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Агорафобия (лат. agora – открытое пространство и phobos – страх) – разновидность навязчивых состояний: 1) боязнь пространства, открытых мест (из-за страха больной иногда не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь) (Westphal C., 1871); 2) боязнь скопления людей (Cordes E., 1871). Синоним – топофобия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Аграфия (в нейропсихологии) (греч. a — отрицательная частица и лат. propho — пишу) — нарушение письма, возникающее при различных расстройствах речи (при афазии, алалии). Проявляется либо в полной утрате способности писать, либо в грубом искажении слов, пропусках слогов и букв, неспособности соединять буквы и слоги в слова и т. д.

А. у детей — одно из проявлений алалии — следствие общего недоразвития речи, связанного с органическим поражением мозга. Нередко А. у детей обнаруживается при расстройствах речи, связанных с отклонениями в овладении звуковым составом слова, с нарушением звукового анализа слов. А. у взрослых — одно из проявлений афазии; в этих случаях форма А. зависит от локализации поражения мозга и особенностей афазии. При поражении коры левой височной области (у правшей) А. связана либо с нарушением фонематического слуха, либо с дефектами слухоречевой памяти; при сохранном списывании с текста и сохранности графических стереотипов (подпись, написание знакомых слов, цифр и т. п.) нарушается письмо под диктовку и самостоятельное письмо. В легких случаях больные смешивают звуки, близкие по фонетическим признакам, затрудняются при выделении звуков в словах, сходных по звучанию; в тяжелых случаях письмо становится для больных полностью недоступным. При поражении коры нижних отделов левой постцентральной области мозга (у правшей) А. бывает связана с нарушением кинестетической основы речевого акта. Больные ошибаются при написании звуков, близких по артикуляции (например, [д], [л], [н]), и слабоартикулируемых звуков (гласных); исключение внешней артикуляции еще более затрудняет письмо. При поражении коры нижних отделов левой премоторной области мозга (у правшей) А. возникает вследствие нарушения динамической организации речевого акта. Страдает общая «кинетическая мелодия» письма; правильно записывая отдельные буквы и даже слоги, больные затрудняются при написании целого слова: возникают персеверации, трудности переключения с одного слога на другой, что нарушает весь процесс письма. При поражении теменно-затылочных отделов коры левого полушария мозга А. входит в синдром зрительно-гностических расстройств. Возникают трудности перешифровки фонем в пространственно организованные графемы; пространственно ориентированные элементы букв искажаются и пишутся зеркально. Эти дефекты проявляются и в самостоятельном письме, и в письме под диктовку, и при списывании текста. Иногда (чаще при поражении затылочно-височных отделов коры левого полушария мозга у правшей) больные вообще не могут написать графему, соответствующую тому или иному звуку; зрительные образы букв распадаются; изображенные больными буквы не имеют никакого сходства с требуемыми. Такое нарушение письма получило название оптической А. Специальную форму А. составляют нарушения письма, возникающие при поражении лобных долей мозга, когда письмо страдает, как и другие виды произвольной целенаправленной психической деятельности; в таких случаях в наибольшей степени нарушается самостоятельное активное письмо вследствие дефектов замысла, программирования письма и контроля за процессом написания букв. А. входит в различные нейропсихологические синдромы как один из симптомов афазических и неафазических нарушений речевой деятельности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Агрессия враждебная — предполагает нанесение ущерба или вреда в качестве первичной цели действия.

Инструментальная А. — вред или ущерб, наносимые не в качестве первичной цели действия.

Косвенная А. — осуществляется посредством третьей стороны (например, путем распространения ложных слухов о ком-либо). Синоним — реляционная агрессия.

Непосредственная, или прямая, А. — агрессия, осуществляемая лицом к лицу (например, в форме нанесения удара, оскорблений).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Акалькулия (в нейропсихологии) (греч. a — отрицание и лат. calculatio — счет, вычисление) — нарушение счета и счетных операций. А. возникает при поражении различных областей коры головного мозга.

Первичная форма А. возникает при поражении теменно-затылочно-височных отделов коры левого

полушария и проявляется в нарушении понимания разрядного строения числа (так, например, числа 71 и 17 воспринимаются больными как одинаковые), в нарушении понимания значений арифметических знаков, в трудностях счета при переходе через десяток и т. д. В основе этой формы А. лежит нарушение анализа и синтеза пространственных отношений.

Вторичные формы А. возникают при поражении височных, затылочных и префронтальных отделов коры больших полушарий. При поражении височных отделов коры левого полушария А. наблюдается при синдроме афазических расстройств (сенсорной, акустико-мнестической афазии) в виде затруднений в устном счете. В основе этой формы А. лежат дефекты акустического восприятия цифр. При поражении затылочных отделов мозга (левого полушария) вторичная А. связана с дефектами зрительного восприятия символов, с трудностями различения цифр, особенно сходных по написанию. Разрядное строения числа у таких больных остается сохранным. При поражении префронтальных отделов коры головного мозга А. возникает из-за нарушений целенаправленной избирательной интеллектуальной деятельности и проявляется в дефектах планирования счетных операций и деятельности в целом, в случайно возникающих ассоциациях, в отсутствии контроля за выполнением счетных операций.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Акцентуации личности – крайние варианты нормы, проявляющиеся значительным усилением отдельных черт личности (Леонгард К., 1981; Личко А.Е., 1983). В зависимости от ситуации они могут способствовать или развитию способностей личности (социально положительные достижения), или возникновению различных форм личностной патологии: кратковременные и затяжные преходящие психогенные состояния, патохарактерологическое развитие.

Не препятствуя адаптации личности в социальной среде, А. в большей или меньшей степени суживает границы ее адаптации, увеличивает риск психогенных заболеваний. Одним из дифференциально-диагностических критериев, позволяющих отличить А. от психопатических состояний, являются условия возникновения при них социальной дезадаптации. Дезадаптация личности возникает только после воздействия специфической для каждого вида А. психогении, тогда как при психопатических состояниях дезадаптация личности может быть следствием психогении любого рода или даже появляется без видимых причин.

Выделяют следующие А. черт характера (подробно описаны П.Б. Ганнушкиным, К. Леонгардом): гипертимная – преобладание приподнятого настроения; дистимная – склонность к депрессии; циклотимная – чередование фаз хорошего и плохого настроения; лабильная – резкая смена настроения под влиянием ситуации; астеническая – быстрая утомляемость, раздражительность; сенситивная – повышенная впечатлительность; психастеническая – высокая тревожность, нерешительность; шизоидная – отгороженность, эмоциональная холодность; эпилептоидная – вязкость мышления, склонность к злобно-тоскливому настроению; паранойяльная – повышенная подозрительность, стремление к доминированию; истероидная – склонность к притворству, привлечению внимания; неустойчивая – склонность легко поддаваться влиянию окружающих; конформная – недостаточная критичность и инициативность. Нередко встречаются смешанные формы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Л. Григоренко

Алалия (греч. а – отрицательная частица и лат. lalew – говорю) – слухонемота, отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и сохранности возможностей умственного развития. Обычно причинами А. бывают повреждения речевых зон коры головного мозга, возникающие во время родов, мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевом периоде жизни.

Различают А. моторную и сенсорную. При моторной А. ребенок вообще не может говорить, при сенсорной А. он не понимает обращенной к нему речи. В тяжелых случаях проявления А. речь либо отсутствует полностью, либо сохраняется в виде лепета. В легких случаях проявления А. наблюдаются зачатки речи с ограниченным запасом слов, аграмматизмами; такие дети испытывают затруднения в усвоении чтения и письма. Необходимо отличать

А. от вторичных нарушений речевого развития при умственной отсталости, тугоухости, при разных формах афазии, возникающих вследствие локальных поражений коры больших полушарий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Е.Д. Хомская

Алекситимия (греч. a — отрицание, lexis — слово, thyme — чувство) — неспособность пациента называть эмоции, переживаемые им самим или другими людьми, т. е. переводить их в вербальный план. Это явление было описано Р.Е. Зифнеосом (Sifneos R.) в 1967 г. и рассматривалось им как предпосылка развития психосоматических заболеваний.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
И.М. Кондаков

Алексия (в нейропсихологии) (от греч. a — отрицательная частица и лат. lego — читаю) — нарушения чтения, возникающие при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей), или неспособность овладения процессом чтения. В зависимости от области поражения коры больших полушарий различают несколько форм А.

При поражении коры затылочных долей мозга возникает оптическая А., которая может проявляться в неузнавании отдельных букв (литеральная оптическая А.) либо в виде неузнавания целых слов (вербальная оптическая А.). В основе данной формы А. лежит нарушение зрительного восприятия букв или слов. Возможна односторонняя оптическая А., когда больной игнорирует половину текста (чаще левую) и не замечает своего дефекта. Подобная форма А., как правило, возникает при поражении затылочно-теменных отделов правого полушария мозга (у правшей). При поражении коры височной области левого полушария (у правшей) возникает слуховая А. (или височная А.) как одно из проявлений сенсорной афазии. Данная форма А. является следствием нарушения фонематического слуха, звукобуквенного анализа слов. У больных, страдающих подобной формой А., наблюдается «угадывающее чтение». При поражении нижних отделов постцентральной области коры левого полушария (у правшей) возникает кинестетическая моторная А. (или афферентная моторная А.) как проявление афферентной моторной афазии, связанная с нарушениями кинестетической основы речевого акта. Чтение становится дезавтоматизированным, появляются трудности перешифровки букв в соответствующие артикулемы. Поражение нижних отделов премоторной области коры левого полушария (у правшей) приводит к возникновению кинетической моторной А. (или эфферентной моторной А.), входящей в синдром эфферентной моторной афазии. Трудности чтения связаны здесь с нарушением кинетической, сукцессивной организации речевого акта. При правильном узнавании и произношении отдельных букв у больного нарушается процесс слияния букв в слоги или слогов в слово, страдает процесс переключения от одного слога или слогов в слово, страдает процесс переключения от одного слога или слова к другому, возникают речевые персеверации. При поражении коры лобных долей мозга возникает особая «лобная» форма А., связанная с нарушением регулирующих механизмов, избирательности всех психических процессов, в том числе и чтения, что проявляется в нарушениях целенаправленного характера чтения, отключении внимания, его патологической инертности, угадывающем чтении и т. п.

Грубые затруднения в овладении процессом чтения у детей составляют специальную форму А., которая является одним из проявлений А., т. е. следствием общего недоразвития речи, связанного с органическим поражением мозга. Данная форма А. обусловлена недоразвитием фонематической стороны речи, неполноценностью звукового анализа и синтеза, нарушениями звуковой структуры слова, что влечет за собой затруднения в овладении не только чтением, но и письмом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Е.Д. Хомская

Алкоголизм — систематическое злоупотребление алкоголем. В том случае, когда речь идет о «бытовом» пьянстве, используется термин «донозологические формы злоупотребления алкоголем». В этих вариантах уже возможна абстиненция, но еще не сформировались синдром зависимости и абстинентный алкогольный синдром.

В этиопатогенезе хронического А. огромное значение имеют обычно сочетающиеся между собой факторы — такие, как алкогольная психопатическая или психопатологическая наследственность,

органические поражения ЦНС, алкогольные эксцессы и традиции в семье и ближайшем окружении, неадекватное воспитание (преимущественно с гипоопекой и безнадзорностью), патологический преморбид – психопатический или психопатоподобный. Чем ранее ребенок или подросток будет приобщен к алкоголю, тем больше оснований ожидать развитие хронического А. и тем убыстреннее темпы его развития.

Согласно МКБ-10 (1998), диагноз синдрома зависимости может быть поставлен только при наличии трех или более из нижеперечисленных признаков, наблюдающихся в течение определенного времени за последний год: а) сильная потребность или необходимость принять алкоголь; б) нарушение способности контролировать его прием; в) физиологическое состояние отмены, при котором прием алкоголя прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют: характерный синдром отмены или использование алкоголя для облегчения или предотвращения симптомов отмены – при осознании того, что это является эффективным; г) признаки толерантности, такие как увеличение дозы алкоголя, необходимой для достижения состояния опьянения, ранее производимого более низкими дозами; д) прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя; увеличение времени, необходимого для приобретения, приема алкоголя или восстановления после его действия; е) продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия (причинение вреда печени, депрессивные состояния после периодов интенсивной алкоголизации, снижение когнитивных функций). Тенденция одинаково употреблять алкоголь как в будни, так и в выходные дни, несмотря на социальные сдерживающие факторы, также относится к числу характерных признаков. К числу ранних признаков хронического А. относятся: 1) непроизвольные глотательные движения при виде бутылки со спиртным, подлежащим распитию; 2) «симптом 1-й рюмки»: невозможность дождаться 1-го тоста и прием алкоголя, опережающий других собутыльников; 3) прием алкоголя сразу же после его покупки (в подворотне, в подъезде, когда у больного не хватает терпения донести купленное спиртное к предполагавшемуся месту распития); 4) выпивки в одиночку, если предполагавшиеся собутыльники отказываются поддержать компанию; 5) систематический прием алкоголя под разными предлогами (для «укрепления мышцы сердца», «чтобы расслабиться» и т. п.); 6) признаки алкогольного опьянения, возникающие уже после малых доз алкоголя, – болтливость, утрата ситуационного контроля в состоянии опьянения, элементы речевой дизартрии, сексуальная расторможенность, хвастливость, регрессивная синтонность, бестактность; 7) утрата количественного контроля («утрата чувства меры»); 8) усиленное влечение к спиртным напиткам.

В 1-й стадии А. психическая зависимость от алкоголя проявляется, по Н.Н. Иванцу и И. Нойману (1988), в форме влечения к спиртным напиткам обсессивного характера, ведущего к утрате количественного контроля выпитого алкоголя. Из признаков измененной реактивности к алкоголю отмечаются растущая толерантность к спиртным напиткам, алкогольные палимпсесты (палимпсест – невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходящих во время алкогольного опьянения), переход от эпизодического пьянства к систематическому. Во 2-й стадии наряду с обсессивным влечением появляется новый вид расстройства – физическая зависимость от алкоголя с компульсивным влечением к спиртным напиткам и комплексом соматовегетативных абстинентных расстройств. Измененная реактивность к алкоголю проявляется максимальной толерантностью к спиртным напиткам, изменением формы опьянения, амнезией опьянения, систематическим приемом алкоголя по типу псевдозапоев. Выявляются патохарактерологические девиации, черты деградации личности. Возникают патологические изменения со стороны внутренних органов. Могут развиться алкогольные психозы. В 3-й стадии патологическое влечение к алкоголю приобретает компульсивно-овладевающий характер (компульсии – навязчивые с оттенком принудительности влечения). Абстинентный синдром утяжеляется. Ситуационный контроль утрачивается и вне состояний опьянения. Важным признаком является снижение толерантности к алкоголю. Развивается алкогольная деменция. Соматические осложнения становятся тяжелыми. Нередко возникают алкогольные психозы. Наиболее опасной тенденцией последних лет является учащение случаев подросткового и женского А. (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я.).

В том случае, если А. развивается в возрасте до 18 лет, его называют ранним или юношеским. Клинические проявления А. в этом возрасте развиваются быстрее, чем у взрослых, и болезнь протекает злокачественнее.

Психопатологическими осложнениями хронического А. (2–3-я стадии) являются метаалкогольные (алкогольные) психозы. Г.Л. Воронков, И.Д. Шевчук (1981) и др. относят к их числу дипсоманию (запойное пьянство), патологическое опьянение, депрессивные состояния и истерические реакции. Дипсомания характеризуется спонтанными расстройствами настроения с дисфорией и соматическими компонентами (головная боль, бессонница, анорексия и др.), чувством дискомфорта, нарастающей тревоги и внезапным появлением сильного влечения к алкоголю с реализацией его в форме запоя, продолжающегося от нескольких дней до 2–3 недель, внезапным окончанием с появлением равнодушия или отвращения к алкоголю.

Под патологическим опьянением понимают острое психотическое состояние, протекающее по типу сумеречного расстройства сознания, часто с криминальными последствиями. Критерии патологического опьянения: 1) небольшая доза принятого алкоголя (50–200 г); 2) кратковременность эпизода; 3) отсутствие признаков простого алкогольного опьянения; 4) резкое изменение поведения в форме психологически не мотивированных агрессивно-разрушительных действий при внешней упорядоченности роботоподобных двигательных актов; 5) невозможность адекватного речевого контакта во время всего эпизода; 6) внезапный выход из болезненного состояния с полной амнезией происшедшего (Гиндикин В.Я., Кириллова Л.А., 1978).

Депрессивные состояния могут наблюдаться при относительно неглубоком алкогольном опьянении у лиц, склонных к депрессивным реакциям или употребляющих суррогаты, а также в состоянии похмелья. В структуре депрессии возможны суицидальные попытки. Истерические реакции в состоянии опьянения возникают чаще при конфликтных ситуациях семейно-бытового характера, могут выражаться в самоповреждениях и демонстративных суицидальных попытках, которые иногда заканчиваются трагически.

Лечение хронического А. представляет собой чрезвычайно сложную задачу, успешность решения которой убывает по мере длительности злоупотребления алкоголем. Биологические методы лечения (отличающийся большой токсичностью тетурам, эспераль и др.), основанные на боязни тягостных последствий (вплоть до смертельного исхода), в случае если больной в дальнейшем вновь начнет прибегать к алкоголю, становятся все менее эффективными в силу их дискредитации в глазах «старых» алкоголиков и распространившегося среди них умения снимать возможность появления этих последствий (т. е. дезактивировать эти препараты). Лечение, основанное на выработке отрицательного условного рефлекса на прием алкоголя, весьма трудоемко и далеко не всегда эффективно. Лечение с помощью психотропных средств (Альтшулер В.Б., 1974, 1984; Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1983) более эффективно в случаях симптоматического А. Поэтому эти виды лечения приобретают все более вспомогательный характер, и все большую роль начинает играть психотерапия. При гипнотерапии алкоголиков используется лечебная триада В.М. Бехтерева: убеждение в бодрствующем состоянии, мотивированное внушение в состоянии гипноза, продолжающее темы психотерапевтических бесед с больным, самовнушение и самоутверждение пациента. В.Е. Рожновым (1982) разработан вариант такого лечения, основанный на концепции эмоционально-стрессовой психотерапии. Гипнотическому воздействию здесь также предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе: последний проводится по методике удлиненных сеансов гипнотерапии (не менее 1–1,5 часа); в гипнозе вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. Существуют многие другие методики, в основе которых лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению, — вербальная аверсионная терапия или скрытая сенситизация, цель которой заключается в том, чтобы с помощью словесного внушения воображаемое потребление алкоголя сопровождалось рвотной реакцией (Элкинс Р.Л. — Elkins R.L., 1975). Продолжаются попытки использования аутогенной тренировки, используются методы поведенческой терапии.

Учитывая роль психосоциальных факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации А., важнейшее место в его комплексном лечении следует отвести групповой психотерапии,

эффективность которой тесно связана с семейной психотерапией. В настоящее время широко применяются также различные формы «игровой психотерапии» (психодрама, ситуационно-психологический тренинг и др.). Однако при лечении больных А. первостепенное значение имеет не выбор формы психотерапевтического воздействия, а его интенсивность (Иванец Н.Н., Нойман И., 1988).

Представляется целесообразным использование психологических методов в прогнозировании рецидивов А. Так, оценка показателей по основным шкалам MMPI (Мандель А.И., 1986) показывает, что при неэффективности терапевтических мероприятий в 66 % случаев профиль личности оказывается типичным: характеризуется повышением показателей по 4-й, 2-й и 8-й шкалам, понижением по 9-й шкале, что свидетельствует о состоянии дезадаптации и эмоционального напряжения, потере контроля над поступками, недоучете социальных норм и объективных требований ситуации на фоне падения активности и пассивной позиции личности. Личностный профиль больных со значительным светлым промежутком после лечения отличается такими особенностями, как повышение уровня активности — 9-я шкала, аффективной ригидности — 6-я шкала, шкал невротической триады, 7-й и 5-й шкал, что отражает контроль над эмоциями и поведением, попытки найти выход из трудной ситуации, упорство в достижении цели, самокритичность, стремление быть социально приемлемым. Необходим глубокий анализ личности больного, системы его ценностных отношений, имеющий своей целью повышение социально-психологической адаптации пациента и в результате — отказ от употребления алкоголя (Гузиков Б.М., 1982).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Алкогольная анозогнозия — отсутствие у хронического алкоголика критичного отношения к своему состоянию и болезни. А. а. — психопатологический феномен, входящий в состав факторов, непосредственно влияющих на эффективность лечения и ближайший прогноз заболевания.

В начальных стадиях алкоголизм не вызывает заметных для больного расстройств здоровья, а само употребление спиртных напитков с эйфоризирующим эффектом имеет притягательную силу. Симптомы начальной стадии алкоголизма недооцениваются как самими пьющими, так и ближайшими окружающими их людьми.

На более поздних стадиях психический статус больного алкоголизмом характеризуется повышением неосознанной тревоги, беспокойством, ощущением неуклонно надвигающейся катастрофы, ожиданием неприятного известия, трудностями концентрации внимания, ослаблением способности к решению текущих задач, конкретизацией мышления. При этом наблюдается стойкое убеждение больного в отсутствии у него заболевания (алкоголизма). И это на фоне того, что больной в соответствии со своим образованием, воспитанием, постоянно получаемой информацией о последствиях злоупотребления алкоголем, личным опытом должен был бы знать о наличии у него алкоголизма. Это обстоятельство особенно важно, ибо в противном случае решающими в отрицании болезни могли бы быть недостаточные знания или неадекватные представления о ней.

Известно, что способность человека критически оценивать свое состояние рассматривается как показатель нормального протекания его психических процессов. Отсутствие у больного алкоголизмом критичного отношения к своему состоянию и болезни и, как следствие, отсутствие желания лечиться и жить трезво следует рассматривать как А. а., психопатологический феномен психического заболевания. А. а. взаимосвязана с трансформацией личности, а также похмельно-абстинентным стилем жизни алкоголика: почти постоянно тянет выпить, прибавить в кровь алкоголя; и это желание обусловливает известную аффективность мышления в отношении спиртного, мысли находятся на поводу у эмоций: верится в то, во что хочется верить, и не верится в то, во что не хочется верить.

Алкоголик, даже самый вдумчивый, самокритичный, тревожно-мнительный к своему здоровью, недооценивает тяжесть, опасность заболевания, трагическую болезненность своего отношения к спиртному. Симптом настолько постоянен, характерен, что если у человека с уже состоявшимся болезненным пристрастием к спиртному обнаруживаются серьезные ипохондрические тревоги по поводу своих (тем более еще не так ярко выраженных) алкогольных расстройств и поведения, то возникает

подозрение, что за фасадом алкоголизма в данном случае есть и другая (психическая) патология.

Анозогнозия алкоголика отличается от анозогнозии, например, онкологических, кардиологических и других соматологических больных, перед которыми объективно стоит угроза смерти и у которых формируется реакция отрицания этого факта по диссоциативному типу. А. а. определяется структурой феномена зависимости и ее основного синдрома — патологического влечения к психоактивному веществу. А. а. может рассматриваться как механизм интрапсихической защиты, как блокада или искажение связанных с болезнью переживаний для ликвидации конфликта между Я-концепцией и непосредственным опытом, как отражение распространенного в обществе позитивного отношения к употреблению алкоголя при негативном отношении к его последствиям.

Адаптация живого организма во многом зависит от количества и характера поступающей информации. Но для поведения, направленного на удовлетворение конкретной потребности, не требуется одновременного поступления всего колоссального потока ее от органов чувств. Для оптимального реагирования необходима фильтрация информации. Еще в филогенезе вслед за механизмами восприятия возникали различные детекторные механизмы отбора, селекции ее; усложняясь и совершенствуясь, они сформировались в многоступенчатую систему, функция которой осуществляется на основе деятельности определенных анатомо-функциональных структур. У человека соответствующие механизмы могут играть роль психической защиты от травмирующей информации, и не только. В соответствии с актуализированными потребностями личность в состоянии произвольно отбирать информацию и концентрировать на ней свое внимание.

Поскольку у болезненно измененной хроническим алкоголизмом личности патологическое влечение к алкоголю становится доминирующим мотивом, любая информация, направленная против такого влечения, оценивается ею как «опасная» и отфильтровывается. Первый защитный барьер представлен перцептивной защитой. На уровне восприятия игнорируется всякая потенциально «опасная» для личности пациента информация. Если неприемлемая для сознания информация все же поступает, то вступает в действие второй защитный механизм — вытеснение. Общий смысл любой информации быстрее схватывается на уровне образного мышления, связанного с субдоминантным полушарием, которое, уловив опасность ситуации, препятствует ее осознанному деятельному анализу. В этом случае осознанное целенаправленное поведение остается целостным и интегрированным. При хроническом алкоголизме неприемлемая информация может вызвать тревогу, создает напряженность и неустойчивость мотивационной сферы; чем актуальнее, значимее информация, подвергшаяся вытеснению, тем выше уровень тревоги. Последняя в свою очередь усиливает выраженность предшествующей перцептивной защиты, снижая полноту восприятия мира. Если информация минует и второй защитный барьер, то включается следующий — третий, предполагающий рационализацию ситуации: логическое мышление на основании ошибочных предпосылок строит цепь формальных ошибочных умозаключений (подбор логических предпосылок нарушен, а ход рассуждений — сохранен). Этот вариант защиты проявляется в виде построения характерных оправдательных умозаключений, склонности к рассуждениям, преувеличению своих интеллектуально-волевых особенностей, преуменьшению степени морального падения из-за пьянства, опровергающих возможность самого наличия болезни, проявляется в негативизме и выраженной готовности противоречить разумным доводам. Вся цепь умозаключений строится на основании болезненных предпосылок, ошибочного, одностороннего, неполного анализа реальных событий и фактов воспринимаемой действительности; извращается понимание внутренней связи вещей и явлений. Предвзятость в искусственном подборе фактов диктуется на подсознательном уровне основными мотивами алкогольной личности. Интерпретативная паранойяльность при А. а. отличается стойкостью и обычно ведет к отказу от лечения.

Даже когда меры социального воздействия вынуждают больного обратиться к наркологу, для него это лишь способ уклонения от назойливых, по его мнению, приставаний; это своего рода уступка из-за опасения лишиться работы, потерять семью и т. п. Речь в этом случае идет об «осознаваемой» защите как более или менее выраженной составной части феномена А. а., служащего механизмом стабилизации иерархической структуры мотивационной сферы личности больного.

А. а. отражает динамический процесс заболевания со своими вариантами, цикличностью, усложняющейся с развитием заболевания, способствует формированию стойкого стереотипа поведения. Оценки и мнения больного начинают иметь доминантный характер: именно они первыми приходят ему на ум при необходимости ответить на вопрос врача, высказываются больным наиболее легко и естественно, отличаются определенной устойчивостью к обычному рациональному переубеждению. Именно их в обстановке, исключающей наказание за высказывание, отстаивает и развивает больной, объясняя свою позицию в кругу товарищей или перед родственниками. Приводятся отговорки и оправдания, касающиеся поводов для выпивок и пьянства; типичны большая изобретательность, изворотливость и лживость больных в защитительных доводах (обычно трудно отделить их целенаправленную и неосознаваемую ложь). В генезе этих оценок и мнений прослеживаются кататимные механизмы и аффективная логика. Определенную роль в сохранении А. а. играет органическое интеллектуальное снижение.

В свете определения алкоголизма как болезни всей семьи (дисфункции ее) следует почти все вышесказанное об анозогнозии больных алкоголизмом отнести и к членам их семей, к созависимым. Аналогом патологического влечения к алкоголю у созависимых являются: а) концентрация внимания на другом, когда мысли о химически зависимом занимают неподобающе большое место; б) навязчивость, а порой и компульсивность поведения созависимых, когда те, невзирая на неэффективность и вредные последствия собственных действий, снова и снова стремятся к установлению новых деструктивных коммуникаций, снова и снова стремятся получить новую дозу своего «яда» нездоровых отношений.

Созависимые видят перед собой только малую часть болезни, а большая — не осознается ими. Именно поэтому созависимые не могут действовать эффективно; как и больные алкоголизмом, они не понимают своей роли в развитии этой болезни, не знают, какие рычаги влияния на химически зависимого в их руках, и не умеют эффективно пользоваться ими. Пытаясь избежать травмирующей информации, правды о себе и болезни близкого, созависимые используют все формы психической защиты: рационализацию, минимализацию, вытеснение и иные, но более всего — отрицание. Они склонны игнорировать проблему или делать вид, что ничего серьезного не происходит («просто вчера опять он пришел пьяный»). Созависимые видят только то, что хотят видеть, и слышат то, что хотят слышать. Отрицание помогает жить в мире иллюзий, поскольку правда болезненна (жена больного алкоголизмом годами продолжает верить в то, что он бросит пить и все само собой изменится без ее активного участия). Состояние созависимых не менее болезненно, чем состояние химически зависимого. И одним из важнейших признаков этого состояния является анозогнозия — отсутствие у созависимых критичного отношения к своему состоянию и болезни близкого. При этом предполагается, что созависимые в соответствии с образованием, воспитанием, постоянно получаемой информацией (в том числе от врачей психиатров-наркологов), личным опытом должны знать, как поступать, если в семье есть психически больной, отрицающий у себя наличие болезни, — самим обратиться к врачу и выполнить все его рекомендации. Больной алкоголизмом продолжает пьянствовать и уклоняется от лечения далеко не только потому, что у него нет установки на лечение и трезвость, нет критики к своему состоянию и болезни, но и в значительной мере потому, что созависимые не предпринимают достаточно эффективных мер для его отрезвления.

Таким образом, А. а. при хроническом алкоголизме следует рассматривать как один из психопатологических феноменов, выраженный как у химически зависимого, так и у созависимых.

▸ *Зайцев С.Н.* Совершенствование методов лечения алкоголизма без желания пациента: практическое пособие для врачей. Н. Новгород: Изд-во НГМА,2005. С. 45–51

С.Н. Зайцев

Алкогольная деградация (лат. degradatio — обратное развитие) — снижение адаптационных возможностей человека в результате злоупотребления алкоголем. Сопровождается аффективными расстройствами, психопатоподобными симптомами, утратой критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом, стойким изменением памяти и интеллекта, утратой способности к производительному труду, утратой социального статуса и т. д.

Первые признаки А. д. появляются в среднем спустя 7–8 лет с начала систематической алкоголизации и становятся, как правило, совершенно очевидными спустя еще 2–3 года. Выделяют следующие типы А. д.: 1) психопатоподобный – с психопатизацией по мозаичному типу, повышенной возбудимостью, истерическими реакциями и депрессивными эпизодами; 2) с хронической эйфорией – преобладанием беспечного, благодушного настроения, отсутствием чувства долга и реальных планов на будущее, регрессивной синтонностью (вплоть до обнаженности), сексуальной расторможенностью, алкогольным юмором и изобилием шаблонных оборотов речи; 3) с аспонтанностью – преобладанием вялости, пассивности, снижения побуждений, утратой интересов и инициативы; 4) органически-сосудистый – с преобладанием симптомов интеллектуального снижения, ухудшения внимания, памяти, появлением апатичности, расстройств сна, резко выраженного слабодушия, депрессивного фона настроения; 5) смешанный – при котором в течении заболевания выраженность тех или иных симптомов у больного может меняться: мнестико-интеллектуальное снижение как бы вытесняет алкогольные и психопатоподобные личностные изменения.

Для характеристики психического дефекта при алкоголизме важную роль играет определение степени выраженности и типа личностных изменений. Информативный материал дают психодиагностические методики, например личностные опросники, исследование самооценки, а также наблюдение за больными в ситуации исследования.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Алкогольные (металкогольные) психозы – психотические состояния, развивающиеся как в связи с непосредственным воздействием алкоголя на головной мозг, так и в связи с нарушениями обмена, обусловленными соматической патологией при нередком участии дополнительных вредностей, психических травм. Ведущим фактором патогенеза А. п. является нарушение обменных и нейровегетативных процессов.

К числу наиболее частых А. п. относится белая горячка (по современной терминологии – «состояние отмены с делирием» [МКБ-10, 1998]) – кратковременное, но иногда опасное для жизни состояние спутанности, возникающее при полном или частичном прекращении приема алкоголя у сильно зависимых лиц, употребляющих его в течение длительного времени. Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, дрожь и страх. Перед началом могут возникать судороги. Классическая триада симптомов включает: 1) помрачение и спутанность сознания; 2) яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств; 3) выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, ажитация, бессонница или инверсия цикла сна и повышенная активность вегетативной нервной системы. Длительность алкогольного делирия – 2–3 дня, при интенсивной терапии – 1–2 дня.

Атипичные формы белой горячки характеризуются: 1) включением в клиническую картину онейроидно-аментивных симптомов, явлений оглушенности; 2) преобладанием слуховых (аудитивный тип делирия) и тактильных галлюцинаций (особенно ощущение инородного тела во рту), сенестопатических галлюцинаций над зрительными (визуальный тип делирия); 3) явлениями так называемого профессионального делирия. При этих формах часто быстро нарастают явления сердечно-сосудистой недостаточности, развивается коллапс, возможен летальный исход.

Выделяют также алкогольные галлюцинозы, алкогольный бред ревности, алкогольную паранойю и А. п. без дополнительных указаний (МКБ-10, 1998). Для всей этой группы характерным является то, что во время или непосредственно после употребления алкоголя возникают яркие галлюцинации (обычно слуховые, но часто затрагивающие более одной сферы чувств), ложные узнавания, бред и (или) идеи отношения (часто параноидного или персекуторного характера), психомоторные расстройства (возбуждение или ступор), анормальный аффект, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя считается возможным некоторая степень его помрачнения, не переходящая в тяжелую спутанность. Расстройство обычно проходит, по крайней мере частично, в течение 1 месяца и полностью – в течение 6 месяцев.

Острый алкогольный галлюциноз чаще развивается после массивного алкогольного эксцесса, иногда после белой горячки. Преобладают истинные

слуховые галлюцинации в виде специфических диалогов на фоне ясного сознания. Сопровождается чувством страха, тревожно-боязливого напряжения; возможны параноидные включения с визуализацией представлений, адекватных содержанию галлюцинаций (в последних часто «обсуждаются» способы самоуничтожения). Соматовегетативная симптоматика отсутствует либо слабо выражена. Переход острого алкогольного галлюциноза в хронический наблюдается редко.

Хронический алкогольный галлюциноз – очень редкая форма А. п., возникающая в основном у лиц пожилого возраста при наличии церебрального атеросклероза, черепно-мозговой травмы, поражения органа слуха и др. В отличие от больных с острыми А. п., в этом случае больные на протяжении многих лет испытывают вербальные галлюцинации – диалоги отрицательного содержания, комментирующие поступки больного. К этим галлюцинациям больные «приспосабливаются», вне обострения продолжают вести обычный образ жизни.

Острый алкогольный параноид возникает под влиянием дополнительных астенизирующих факторов (психогении, соматогении, переутомления). Преобладают бредовые идеи преследования, сопровождающиеся страхом, визуализацией бреда и стремлением больного защищаться. Возможна нерезко выраженная вегетативная симптоматика. При продолжении злоупотребления алкоголем возможно рецидивирование алкогольного параноида и его переход в затяжной с преобладанием бредовых идей толкования семейно-бытовых отношений. Алкогольный бред ревности отличается монотематическим содержанием, усиливается в состоянии опьянения, причем агрессивные тенденции сочетаются с усилением полового влечения к партнеру и домогательствами признания в измене. Обращает на себя внимание нелепость предъявляемых «фактов» и «доказательств» неверности. Могут возникать идеи преследования с агрессивными действиями. В бред включаются истолкования фактов прошлой жизни. С прекращением пьянства идеи ревности могут в той или иной степени дезактуализироваться.

Лечение А. п. (дезинтоксикационное, дегидратационное, психофармакологическое и собственно противоалкогольное – условно-рефлекторное и сенсибилизирующее к алкоголю) следует проводить в психиатрических или наркологических стационарах. После выписки эти больные должны находиться под особенно строгим контролем и наблюдением совместно психиатра и нарколога. При возобновлении приема алкоголя целесообразно стационирование для предупреждения психотического рецидива. Среди методов активного лечения больных, перенесших А. п., одно из первых мест принадлежит гипносуггестивной психотерапии в силу особой гипнабельности этих больных, у которых легко наступают глубокие фазы гипнотического сна и реализуется вынужденное отвращение к спиртным напиткам (Энтин Г.М., 1972, 1979).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Амбивалентность (в психиатрии) – симптом эмоциональных расстройств, проявляющийся неестественным сосуществованием противоположных, часто взаимоисключающих чувств и переживаний (любви и ненависти, вожделения и отвращения). В поведении подобные чувства проявляются в виде алогичных поступков (сочетание объятий и жестокости). Характерно, что описанные чувства не чередуются у человека, а переживаются одновременно без тягостного ощущения внутреннего конфликта. По мнению Е. Блейлера (1857–1939), данное расстройство является типичным примером расщепления (схизиса) и, таким образом, относится к ключевым симптомам шизофрении. Мнение большинства психиатров состоит в том, что хотя этот симптом весьма характерен для шизофрении, но также может наблюдаться при других расстройствах, например при психопатии (шизоидной). От данного симптома следует отличать естественную склонность к сомнениям и колебаниям у здоровых людей, склонных к самоанализу (рефлексии).

▸ *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986; *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991

Ю.Г. Тюльпин

Аменция (от лат. amentia – безумие) – состояние острой спутанности сознания (синдром расстрой-

ства сознания), основными признаками которого являются: полная дезориентировка человека в месте, времени и собственной личности; бессвязность мышления, двигательное возбуждение, повышенная отвлекаемость; наличие аморфных, нестойких иллюзий и галлюцинаций; отрывочные бредовые переживания, растерянность, пугливость, неадекватная эмоциональность и отсутствие воспоминаний (амнезия) о данном состоянии после того, как оно проходит.

Обычно развивается в процессе и результате тяжелых и длительных соматических заболеваний (в том числе при инфекционных заболеваниях, интоксикациях, некоторых опухолях, авитаминозах и пр.).

Понятие было введено в научный оборот в конце XIX в. австрийским психиатром Т. Мейнертом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Амимия (гипомимия) — отсутствие или ослабление выразительности лицевой мускулатуры. А. возникает при различных заболеваниях нервной системы, локальных поражениях мозга, при некоторых психических заболеваниях, как следствие парезов, параличей или расстройств координации движений лицевой мускулатуры. При поражении экстрапирамидальной системы (например, при паркинсонизме) А. представляет собой одно из проявлений нарушения моторных компонентов эмоциональных реакций и входит в синдром общей акинезии. При поражении лобных долей мозга А. бывает связана с нарушениями эмоциональной сферы и составляет один из характерных симптомов «лобного синдрома».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Амнезия (греч. a — отрицательная частица и mneme — память) — нарушение способности к запечатлению, сохранению и воспроизведению информации, которое наблюдается при различных психических заболеваниях и локальных поражениях мозга.

В психиатрии в зависимости от динамики протекания выделяют следующие виды А: ретроградную, антероградную, ретардированную, фиксационную, прогрессирующую и др. Ретроградная А. проявляется в виде нарушения памяти на события, предшествующие заболеванию (например, травма), когда забываются события, происходившие в течение нескольких часов, дней, а иногда и лет до заболевания. Антероградная А. — нарушения памяти на события, происходящие после начала заболевания. Она может охватывать различные по длительности периоды. Грубые нарушения памяти на текущую информацию при сохранности памяти на прошлые события описаны в психиатрии как корсаковский синдром.

В нейропсихологии в зависимости от локализации поражения мозга выделяются следующие виды А.: модально-специфические расстройства памяти, т. е. нарушения запоминания стимулов определенной модальности; модально-неспецифические расстройства памяти, т. е. нарушения запоминания стимулов любой модальности; расстройства памяти как мнестической деятельности, т. е. нарушения запоминания материала вследствие нарушений мотивационных и регулирующих (программирующих, контролирующих) аспектов мнестической деятельности. А. следует отличать от гипомнезии (ослабление памяти) и парамнезии (обманы памяти).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Амок — форма синдромальных проявлений, характеризующихся внезапным возникновением панических состояний с изменением сознания по типу сумеречного и неконтролируемым стремлением двигаться в одном направлении, круша и ломая все, что стоит на пути, а иногда и убивая тех, кто мешает этому движению. Продолжается до тех пор, пока больного не остановят другие или он не упадет от бессилия.

Слово «А.» малайского происхождения и имеет значение «неистово нападать»; сам же синдром распространен как среди малайцев, так и среди других жителей тропических стран. В психической картине приступа отмечается регрессия поведения, когда на первый план выходят инфантильные агрессивные реакции, проявляющиеся в виде автоматизмов. Причины появления этого синдрома недостаточно

ясны: указывается, что он может быть обусловлен эпилепсией, перегревом на солнце или суггестивными воздействиями, но ведущую роль в его проявлении играют этнокультурные особенности, провоцирующие возникновение переживаний страха.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
И.М. Кондаков

Амузия (греч. amusia – некультурность, необразованность, нехудожественность) – патологическое нарушение элементарных музыкальных способностей.

Понятие А. применяется в патопсихологии, музыкальной психологии, музыкальной педагогике (зарубежной). Имеет несколько различных значений: 1) А. – противоположность понятию музыкальности, крайне низкая степень музыкальных способностей, патологическое отклонение от нормального музыкального развития индивида, соответствующего данной культуре. Встречается у 2–3 % людей. Следует отличать А. от отставаний в музыкальном развитии или музыкальной неразвитости, которые могут быть исправлены индивидуальной педагогической работой; 2) А. – полная утрата или частичное специфическое нарушение музыкального восприятия, узнавания, воспроизведения и переживания музыки или отдельных ее элементов (часто на фоне сохранных в целом речевых функций). Различают несколько типов А. в зависимости от первичного механизма возникновения (сенсорные, моторные, аффективные А.). При аффективных А. грубо нарушается эмоциональная реакция на музыку (при сохранном иногда восприятии высоты музыкального тона и тембра). А. связана не столько с простыми функциями музыкального слуха, сколько с более сложной способностью – в ее основе нарушение восприятия и переживания звукоотношений: последовательности звуков как смыслового единства.

Вопрос о мозговой локализации А. до конца не выяснен, хотя есть данные о связях сенсорной А. с поражениями левого полушария, а моторной – правого. Разноречивость данных связана с индивидуальной вариативностью мозга, а также с профессией больных (музыканты/не музыканты). Изучение А. редко выходит за пределы феноменологических описаний. Существующие типологии А. ограничены наблюдаемыми случаями из клинической практики. Так, Г. Россолимо, описывая А. у музыкантов, выделяет две большие группы А., при которых наблюдаются: 1) общие расстройства, связанные с потерей реакции на музыку, воспринимаемую как шумы; 2) частные, которые включают в себя: а) сенсорные – расстройство слухового или зрительного восприятия музыкальных образов; б) моторные (двигательные) расстройства – поражения способности петь, играть на музыкальном инструменте, либо контролировать процесс игры, когда, сознавая ошибки, играет одно вместо другого, а также писать ноты.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
М.С. Старчеус

Анальгезия – снижение или полное устранение чувствительности к боли.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Ананказмы (греч. anankasmus – вынуждать, заставлять) – разновидность навязчивых состояний, неадекватных ситуации, распространяющихся на двигательную сферу с образованием постоянно повторяющихся ритуалов. Например, навязчивое мытье рук, стремление не наступать на черту, чтение подряд всех вывесок, попадающихся на пути, и т. п. А. наблюдаются у людей мнительных, чрезвычайно тревожных, педантичных, при развившемся неврозе навязчивых состояний и психастении. Синоним А. – обсессии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.А. Карпенко

Анартрия (греч. anarthros – нечленораздельный, невнятный) – клиническое нарушение, выражающееся в расстройстве речи из-за нарушения артикуляции, которое возникает вследствие поражения мышц или нервов, участвующих в произношении. Понимание речи и письмо при этом не страдают.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
И.М. Кондаков

Ангедония (греч. a – отрицание, hedone – удовольствие, наслаждение) – неспособность переживать

наслаждение; полное отсутствие интереса к удовольствиям жизни. А. рассматривается как характерная черта депрессии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Анима, анимус (лат. anima – душа и animus – дух) – понятия аналитической психологии К.Г. Юнга, посредством которых он обозначал наследуемые бессознательные, архетипические многосторонние психические образы и формы души, представляющие женский архетип в психике мужчины (анима – А.) и мужской архетип в психике женщины (анимус – а.). По К.Г. Юнгу, как индивидуальные образы, А. и а. действуют в соответствии с доминантным психическим принципом женской или мужской природы и обладают личностным характером. А. является строго очерченной фигурой с ярко выраженными эротически-эмоциональными проявлениями и выражает бессознательный «образ женщины»; а. являет собой неопределенно-многоформенное образование «рассудительного» типа и выражает бессознательный «образ мужчины».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Анозогнозия (греч. a – отрицание, nosos – болезнь, gnosis – знание, познание) – отсутствие осознания собственной болезни у пациентов с психическим расстройством или неврологической патологией (МКБ-10. R41.8). В 1899 г. Г. Антон описал пациентов с корковой слепотой или глухотой, которые имеют существенные проблемы со слухом и зрением на стороне, противоположной патологическому очагу в головном мозге, но не осознают их; в 1914 г. Ж. Бабинский отметил аналогичные нарушения у больных с корковым параличом. Степень А. может быть от недооценки нарушений и отсутствия тревоги в связи с дефектом до неосознания и даже отрицания болезни, при этом признаки деменции или нарушенного сознания отсутствуют. Среди различных типов А. – анозогнозия афазии (очаг поражения головного мозга возникает чаще в результате инсульта, реже новообразования, захватывая речевые центры коры головного мозга) у больных с преимущественно грубой акустико-гностической сенсорной афазией, речь которых представляет поток сплошных литеральных и вербальных парафазий («словесная окрошка»). Они не замечают ошибок в своей речи, думают, что она понятна окружающим. Обнаружив, что их не понимают, сердятся, проявляя аффективную неустойчивость. И в более легких случаях сенсорной афазии, когда речь изменена умеренно, больные также не замечают собственных ошибок в речи, не делают попыток их исправить.

▸ Малая медицинская энциклопедия. М.: Медицинская энциклопедия, 1991–1996

Н.Д. Творогова

Аномия (в нейропсихологии) (от греч. a – отрицательная частица, nomos – закон) – нарушение механизмов нормального взаимодействия больших полушарий головного мозга, выражающееся в невозможности назвать предмет, если информация о нем поступает только в правое полушарие головного мозга (у правшей), – одно из проявлений синдрома «расщепленного мозга». В отличие от истинных речевых расстройств (при афазии) А. непостоянна, возникает лишь в определенных условиях. Тот же предмет, если информация о нем поступает в левое полушарие, называется больным правильно. А. впервые была описана американскими исследователями (Сперри, Газанига, 1964; и др.), изучавшими пациентов после операции по пересечению мозолистого тела, объединяющего левое и правое полушария головного мозга. У лиц с А. восприятие объектов происходит на неречевом образном уровне, однако при этом смысл воспринимаемого объекта оценивается правильно. Так, на просьбу найти среди предметов, разложенных на столе, например, конфету, предъявленную в левое поле зрения (правое полушарие), больной выбирает кусок сахара (если конфеты нет), т. е. правильно объединяет их в единое семантическое поле. Феномен А. – свидетельство решающей роли левого полушария (у правшей) в реализации речевых функций.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Аноргазмия (греч. an – «не» и orgao – пылать страстью) – отсутствие оргазма, наиболее частая форма сексуального расстройства, достигающая трети в

женской популяции и крайне редкая у мужчин. Первичная А. наблюдается с самого начала половой жизни, а вторичная – после некоторого периода нормальных отношений. Полное отсутствие оргазма (абсолютная А.) встречается реже, чем возможность оргазма вне полового акта – при петтинге, мастурбации, орогенитальных контактах, эротических сновидениях (относительная А.) или только с определенным партнером (избирательная А.). У многих женщин возможно удовлетворение без оргазма, другим для полного удовлетворения необходима оргастическая серия из нескольких оргазмов подряд, при незавершенности которой возникает ложная А. Наряду с А. выделяют относительную гипооргазмию – урежение оргазма при сохранившейся ритмичности половых отправлений и абсолютную гипооргазмию с присоединением к предыдущей форме устойчивого снижения остроты оргастических ощущений. Реакция женщин на А. может различаться в диапазоне от спокойно-выжидательной до резко негативной с обвинениями партнера или переживаниями собственной неполноценности. Если А. сочетается с высокой возбудимостью, может возникать тягостное состояние неотреагированного сексуального возбуждения (сексуальные фрустрации) вплоть до появления болевых ощущений в парагенитальной области. Среди основных причин А. – задержки полового развития, скрытые парафилии, партнерские дисгармонии, родовые травмы и гинекологические заболевания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Апатия (в психиатрии) – симптом эмоциональных расстройств, проявляющийся равнодушием, безразличием, стойкой утратой способности к внутренним эмоциональным переживаниям. При общении с пациентом обращают на себя внимание крайнее обеднение мимики и монотонность речи. Характерна индифферентность в отношении нужд, требований и замечаний окружающих. Отсутствуют какие-либо переживания по поводу своего психического дефекта, наблюдается пассивность и безынициативность (абулия). Рассматривается как важный диагностический признак поздних этапов течения шизофрении. В своем развитии данный симптом проходит ряд этапов, отличающихся по степени выраженности (сглаженность эмоциональных реакций, эмоциональная холодность, эмоциональная тупость). Также может быть проявлением органического поражения передних отделов лобных долей мозга (опухоль, травма, атрофия). От истинной апатии следует отличать неврологические расстройства (например, паркинсонизм), при которых наблюдается скованность и малоподвижность мимических мышц, но не утрачивается способность к чувствованию и сопереживанию.

▸ *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991; *Bleuler E.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Репр. изд. 1993

Ю.Г. Тюльпин

Апраксия (греч. a – отрицательная частица и praxis – действие) – нарушение произвольных, целенаправленных движений и действий, возникающее при поражении коры головного мозга. А. возникает вследствие элементарных расстройств движений (парезов, параличей и т. п.), расстройств чувствительности, нарушений речи (препятствующих пониманию задания), психического заболевания. Форма А. зависит от локализации поражения. Согласно классификации А.Р. Лурии, существуют четыре основных формы А., каждая из которых обусловлена нарушением определенного звена функциональной системы, лежащей в основе произвольных движений и действий.

При поражении постцентральных отделов коры головного мозга и нарушении кинестезической афферентной основы произвольного двигательного акта возникает кинестезическая А., при которой происходит распад нужного набора движений (особенно при отсутствии зрительной опоры) вследствие нарушения кинестезического анализа и синтеза. При поражении затылочно-теменных отделов коры головного мозга и нарушении ориентировки в пространстве, симультанного анализа и синтеза возникает пространственная А. (или так называемая конструктивная А.), при которой страдает зрительно-пространственная организация двигательного акта. В этих случаях максимально затруднены движения, осуществляемые в разных пространственных плоскостях, решение различных задач на конструктивный праксис. При поражении коры премоторных отделов мозга вследствие нарушения кинетической

организации произвольного двигательного акта, распада «кинетической мелодии» движения возникает кинетическая, или динамическая, форма А. Данная форма А. характеризуется затруднениями в выполнении серии последовательных двигательных актов, лежащих в основе различных двигательных навыков, появлением двигательных персевераций. Поражение префронтальных отделов коры больших полушарий ведет к нарушению высших регуляторных механизмов, лежащих в основе произвольных двигательных актов, – к нарушениям их программирования и контроля. В этих случаях возникает «лобная», регуляторная А., при которой у больных нарушается подчинение движений заданной программе (сформулированной в виде инструкции или самоинструкции), страдает речевая регуляция произвольных движений и действий, появляются сложные персеверации и эхопраксии. Больной не осознает ошибочности своих движений. Особую форму нарушений произвольных движений и действий составляет апрактоагнозия, возникающая при поражении теменно-затылочных отделов коры больших полушарий, при которой сочетаются грубые зрительные пространственные нарушения (зрительная пространственная агнозия) и двигательные расстройства в виде пространственной или конструктивной формы А. В специальную форму выделяют также оральную А., при которой нарушается кинестезическая основа речевых движений; эта форма А. проявляется в пробах на повторение показанных движений губ и языка или же при воспроизведении речевых движений по инструкции. Данная форма А. лежит в основе афферентной моторной афазии и возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры левого полушария (у правшей).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Артефакт клиники (лат. arte – искусственно и factus – сделанный) – особые поведенческие нарушения, возникающие у пациентов психиатрических клиник как реакция на новую стрессогенную ситуацию, в которую они попадают (часто принудительная госпитализация, отсутствие осмысленных занятий, ограничение социальных контактов и пр.), и накладывающиеся на основную симптоматику, затрудняя тем самым текущий диагноз. В значительной степени А. к. могут быть сглажены при организации для пациентов трудотерапии и групповых форм занятий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Архетип (греч. archetypes – первообраз, дословно «древнейший образец») – центральное понятие аналитической психологии. А. – способ организации психики посредством форм, переходящих из поколения в поколение. Согласно К.Г. Юнгу, А. представляют собой структурные элементы человеческой психики, которые скрыты в коллективном бессознательном, общем для всего человечества. Они наследуются подобно тому, как наследуется строение тела. А. задают общую структуру личности и последовательность образов, всплывающих в сознании при пробуждении творческой активности, поэтому духовная жизнь несет на себе архетипический отпечаток. Юнг, исследуя роль таких А., как «круг», «мандала», «купол», «мудрый и суровый отец» и пр., видел в них формообразующее начало, присутствующее в психике каждого человека. А. всегда наполняются конкретным содержанием (А. «похищения», «оборотня» и мн. др.). Они нейтральны в отношении добра и зла, характеризуются амбивалентностью, имманентной закономерностью и пр. А. структурируют понимание мира, себя и других людей; с особой отчетливостью они проявляются в религиозно-мифических повествованиях, сказках, снах, а также при некоторых расстройствах психики. Набор А. ограничен; они лежат в основе творчества и способствуют внутреннему единству человеческой культуры, делают возможным взаимосвязь различных эпох развития и составляют неосознаваемую основу взаимопонимания людей.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.А. Брудный

Астазия (в нейропсихологии) (греч. a – отрицательная частица и stasis – состояние) – потеря способности стоять, которая вызывается нарушением координации мышц тела. А. – симптом обширных поражений лобных долей мозга и мозолистого тела.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Астеническая юношеская несостоятельность – тяжелые и затяжные астенические расстройства, выражающиеся в резком падении умственной работоспособности с невозможностью продуктивно продолжать учебу, развивающиеся у школьников старших классов и студентов в возрасте 16–24 лет. Длятся 6 мес. – 1 год, а иногда и дольше.

Отдых, как правило, не способствует восстановлению сил. Отмечается сочетание астенических расстройств с проявлениями адинамической субдепрессии или депрессии – рудиментарными депрессивными идеями, доминированием «мрачных мыслей», касающихся своей «неполноценности», бесперспективности, суточными колебаниями самочувствия по утреннему типу и др. Адекватная эмоциональная реакция на свое состояние и стремление к его преодолению в этих случаях отсутствуют. Обращают на себя внимание качественно аномальные расстройства телесных чувств (сенестопатии и дизэстезические кризы по Г. Губеру [Huber G., 1981]), расстройства мышления (нарушения концентрации, забывчивость, т. е. интенциональная слабость по И. Берце [Berze J., 1929]), рассеянность, а также снижение способности к эмоциональному резонансу. Считается, что это состояние имеет полиморфную структуру, является чаще всего эндогенным, но не обладает нозологической специфичностью. На первом плане при нем выступают (и приводят к социальной дезадаптации) расстройства мышления, в основе которых лежат витальная астения и витальное изменение эффективности (Гурьева В.А. и соавт., 1994).

Говоря об особенностях диагностирования в подростково-юношеском возрасте, в случае выявления астенической симптоматики необходимо попытаться установить причины ее возникновения, учитывая особенности клинических характеристик астении и ее синдромокинеза. При исключении астении как физиологического явления (реакция на переутомление) необходимо учитывать, что для последней характерны: парциальность и слабая выраженность астенических симптомов (преимущественно головные боли или повышенная утомляемость, слабодушие и слезливость), появление астенических симптомов лишь на короткое время (несколько дней) при физических и психических нагрузках, недосыпании и других неблагоприятных обстоятельствах; исчезновение соответствующих расстройств при отдыхе и лечении общеукрепляющими средствами. Также необходимо исключить возможность развития астении вследствие тех или иных соматических (в том числе и эндокринных) или органических заболеваний. В этом случае речь идет о каузальной связи с соответствующим соматическим заболеванием и усилением или ослаблением астенической симптоматики в зависимости от динамики основного страдания. Астения в этих случаях может выражаться в нарастающих обычно к вечеру общем упадке сил и нервно-психического тонуса, утомляемости, бедности выражения, отчетливых вегетативных расстройствах, бессоннице, снижении настроения с боязливостью и раздражительностью и др.

Лишь после исключения реакции на переутомление и соматогенной астении оправдана постановка вопроса о возможности психогенно или ситуационно обусловленной астении (т. е. неврастении) и астении в рамках психического заболевания (шизофрении, циклотимии и пр.).

Лечение А. ю. н. проводится в зависимости от той нозологической формы, в рамках которой она находится. Однако в большинстве случаев показан длительный полноценный отдых, такие больные студенты имеют право на академический отпуск. Важное значение имеют нормализация сна и купирование вегетативных расстройств. Из психотерапии здесь особенно показана аутогенная тренировка, в том числе в рамках групповой психотерапии, а при сочетании астении с ипохондричностью – тренировки в форсированном режиме и деятельность, носящая отвлекающий характер (Карвасарский Б.Д., 1985).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Астения (греч. astheneia – бессилие, слабость) – 1) гипостеническая А. – нервно-психическая слабость, повышенная утомляемость и истощаемость, снижение порога чувствительности, нарушения памяти и внимания; 2) гиперстеническая А. – крайне неустойчивое настроение, несдержанность, раздражительность, недостаточный самоконтроль, нарушения сна. Астенические состояния могут быть результатом разных заболеваний (интоксикации, инфекции, тяжелой травмы, психической болезни),

а также чрезмерных умственных и физических перенапряжений, длительных отрицательных переживаний и конфликтов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Астереогноз (в нейропсихологии) (греч. a — отрицательная частица, stereos — твердый и gnosis — знание) — неузнавание знакомых предметов при ощупывании их с закрытыми глазами. А. возникает при поражении вторичных корковых полей теменной области мозга. А. — одна из форм агнозии, проявляющаяся в сфере тактильной чувствительности. При поражении теменных отделов левого полушария (у правшей) сочетается с афферентной кинестезической моторной афазией и кинестезической апраксией. В основе А. лежит расстройство анализа и синтеза различных кожно-кинестезических ощущений, поступающих в кору теменной области мозга во время ощупывания предмета, и ослабления тактильных образов предметов. А. проявляется либо на двух руках (чаще при поражении правого полушария у правшей), либо только на одной правой руке. Выражается в неузнавании отдельных признаков объекта, его текстуры (гладкости, шероховатости, упругости и т. п.) или — при сохранности их опознания — в невозможности объединения признаков в единое целое.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Аутизм (греч. autos — сам) — 1) стремление «уйти в себя»; состояние, при котором мысли, чувства, желания управляются собственным внутренним мироощущением. Обычно термин употребляется для обозначения патологии. А. — форма психического отчуждения, выражающаяся в уходе индивида от контактов с окружающей действительностью и погружении в мир собственных переживаний; внутреннее состояние при этом не согласуется с действительностью; мир воспринимается в понятиях фантазий и мечтаний, желаний и надежд, а не в общепринятых понятиях; 2) тенденция быть занятым собственными фантазиями и мечтами и получать от этого удовольствие; здесь не обязательно предполагается патология; 3) психическое нарушение шизофренического круга, связанное со сниженными возможностями больного произвольно управлять своим мышлением, отключаться от мучительных мыслей, сосредоточенных вокруг ограниченных тем и желаний, и проявляющееся в попытке избежать любых контактов, отсутствии потребности в совместной деятельности и общении (Блейлер). При этом отмечается, что следует отличать шизофренический аутизм от аутистического мышления; 4) патологическое, приводящее к выраженной дезадаптации, изменение отношения к людям, выражающееся в уходе в себя, отгороженности от внешнего мира, потере эмоционального контакта с окружающими. При фактическом сохранении способности к обмену информацией при данном расстройстве общение становится формальным, поскольку в нем отсутствует сопереживание; факты, расходящиеся с убеждением больного, игнорируются; не учитываются интересы и потребности общества; все усилия и имеющееся в распоряжении время тратятся на беспредметное размышление или деятельность, далекую от жизненных нужд.

В неклинических рамках термин «А.» используется для описания индивидуальных особенностей, связанных с преимущественной ориентацией человека на свою внутреннюю картину мира и внутренние критерии в оценке событий, что сопровождается утратой способности к интуитивному пониманию окружающих, адекватному эмоциональному реагированию на их поведение. Для измерения уровня личностного А. разработан ряд психологических тестов или субшкал в комплексных методиках типа MMPI. В развитии понятия А. большую роль сыграли исследования формирования мышления в детском возрасте, проведенные в школе Ж. Пиаже, а также работы Л.С. Выготского по изучению детского мышления и речи. Применительно к детскому аутизму, Ж. Пиаже разделял выдвинутое З. Фрейдом представление о том, что А. является естественной ступенью в когнитивном развитии ребенка, над которой надстраиваются все дальнейшие ступени в развитии мышления — эгоцентрическое и децентрированное (социализированное) мышление взрослого человека. Аутистическая мысль отличается своим подсознательным характером: цели, которые она преследует, или задачи, которые она себе ставит, не представлены в сознании; она не приспосабливается к внешней дей-

ствительности, а создает сама себе воображаемую или сновидную действительность. В основе детского аутичного мышления лежит не стремление к установлению истины, а удовлетворение желаний и импульсивных стремлений.

От А. в широком смысле слова следует отличать патопсихологический синдром раннего детского аутизма, или синдром Каннера. Как группа аутистические больные отличаются высоким уровнем серотонина (нейротрансмиттера) в периферических отделах мозга.

Генетические исследования А. свидетельствуют о высокой конкордантности среди сиблингов, особенно близнецов, по этому и другим психиатрическим заболеваниям. Частота встречаемости А. составляет примерно 0,02 %; причем среди мужчин А. встречается в 4–5 раз чаще, чем среди женщин. А. можно наблюдать в разных культурах и среди представителей разных социальных классов и разного уровня IQ. Примерно 80 % больных А. также демонстрируют умственную отсталость разной степени. Примерно 2 % взрослых больных А. способны к независимому существованию, 33 % — к элементарным формам самообслуживания и 65 % нуждаются в постоянной помощи и поддержке. Компенсация возможна: ранняя диагностика и вмешательство являются критическими для прогноза среди взрослых больных.

► *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991; *Bleuler E.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Репр. изд. 1993

Е.Н. Емельянов, Е.Л. Григоренко

Аутизм детский (в психиатрии) — синдром нарушения развития в детском возрасте, характеризующийся выраженными затруднениями в установлении речевых и невербальных контактов с окружающими (в том числе с ближайшими родственниками). Наблюдается чрезвычайная замкнутость, неадекватное использование жестов, интонации и мимики при выражении эмоций, отклонения в развитии речи со склонностью к повторам (в том числе слов собеседника), неправильным употреблением местоимений (например, «твой» вместо «мой»), монотонное повторение шума и слов, снижение спонтанной активности, стереотипии, манерность. Память может быть довольно хорошей. Типичной чертой данных больных является навязчивое желание поддерживать все в неизменном виде, страх перед новым, стремление достигнуть завершения в любом действии. Такие дети предпочитают играть со случайными предметами (обувь, веревочки, гвозди), а не игрушками. Опасность представляет их склонность к самоповреждениям (кусание, вырывание волос, удары головой). Расстройство наблюдается с частотой 0,02–0,05 % (у мальчиков в 3–5 раз чаще, чем у девочек). В большинстве случаев ($^2/_3$ больных) данный синдром служит проявлением органического поражения мозга с умственной отсталостью (олигофрения) и нередко сочетается с эпилептическими припадками. Части пациентов позже устанавливается диагноз шизофрении с дебютом в детском возрасте. Относительно редко признаки аутизма обнаруживаются у пациентов с нормальным интеллектом и достаточной способностью к познанию (преимущественно вербальному) окружающего мира (синдром Аспергера), в этом случае в более старшем возрасте возможна значительная компенсация и удовлетворительная адаптация, хотя продуктивность в общении остается низкой. Развитие современных генетических методик позволило выявить высокую значимость наследственных факторов в развитии аутизма (конкордантность у однояйцевых близнецов — от 35 до 89 %, у разнояйцевых — 0 %). Примерно в 8 % случаев детского аутизма обнаруживают феномен ломкости Х-хромосомы (синдром Мартина—Белл). Для коррекции используются педагогические и дефектологические методики, для улучшения внимания, предотвращения навязчивостей и агрессивного поведения назначают нейролептики (галоперидол, рисперидон, этаперазин).

Диагностические признаки. Предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалии выявляются в возрасте до 3 лет. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и (или) отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительна интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характер-

но отсутствие социо-эмоциональной взаимности. Равным образом обязательны качественные нарушения в общении в форме: а) отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; б) нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; в) низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; г) недостаточной гибкости речевого выражения; д) относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; е) отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; ж) нарушенного использования тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; з) такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации. Это состояние характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью, что проявляется в тенденции устанавливать жесткий и раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни; обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких как украшения или меблировка дома).

Помимо специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как страхи (фобии), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения (например, в результате кусания запястий), особенно при сопутствующей тяжелой умственной отсталости. Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, общения и интересов.

Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах.

При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

▸ *Башина В.М.* Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999; Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998

Ю.Г. Тюльпин

Аутизм коллективный (греч. autos – сам) – термин предложен Гарднером Мерфи для обозначения общей тенденции группы индивидов развивать и поддерживать какое-то конкретное убеждение или мнение, которое не соответствует объективной действительности. Такое «аутистическое» (в смысле ухода от реальности) мышление направлено на удовлетворение определенных потребностей группы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Н. Емельянов, Л.А. Карпенко

Аутоэротизм, автоэротизм (греч. autos – сам и erotos – любовь) – 1) направленность эротического влечения человека на собственную личность; 2) влечение к любованию и наслаждению собственным телом, сопровождающееся половым возбуждением; 3) самовызываемое сексуальное удовольствие. Понятие было введено в оборот в XX в. английским врачом и сексологом Х. Эллисом, позже использовано З. Фрейдом.

Х. Эллис, описывая А., делал акцент на получение сексуального возбуждения, возникающего под действием внутренних факторов. В учении З. Фрейда А. интерпретируется в том числе как первая фаза

инфантильной (детской) сексуальности; в период инфантильного развития у ребенка наблюдается совпадение между удовлетворением чувства голода и сексуальным удовольствием; младенец, когда сосет грудь матери для утоления голода, приобретает опыт получения сексуального удовольствия; ощущение фиксируется, ребенок начинает испытывать потребность в его повторении. Вследствие того, что мать фрустрирует эту потребность, давая грудь только в ситуации кормления, младенец научается использовать собственные части тела (палец, язык и т. п.) для повторения желанного чувства удовольствия, тем самым перенаправляя сексуальное возбуждение с внешнего объекта на самого себя. З. Фрейд полагал, что А. является нормальной стадией психосексуального развития человека, т. к. напрямую связан с опорой на первичный внешний объект. Данное явление может приобрести патологический вид, когда развитие либидо младенца не имеет опоры на внешний объект – объект любви ищется внутри себя. Такой тип нарушения З. Фрейд называл «нарциссическим».

Аутоэротическое удовлетворение достигается посредством стимуляции эрогенных зон. Одним из примеров аутоэротического удовлетворения, по З. Фрейду, является процесс сосания (у младенцев, детей и взрослых).

В психиатрии понятие А. употребляется как синоним понятий «аутоэрастия», «аутомоносексуализм», «аутофилия», «нарциссизм», «онанизм» и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Франк С.К.* Многообразие сексуального поведения / Франк С. Капиро; пер. В.В. Старовойтова. М.: «Канон +» РООИ «Реабилитация», 2012; *Фрейд З.* Три очерка по теории сексуальности // З. Фрейд. Психология бессознательного. М.: «Просвещение, 1990

В.И. Овчаренко, А.В. Чалова

Афазия (в нейропсихологии) (греч. a – отрицательная частица, stereos – твердый и phasis – высказывание) – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных видов речевой деятельности. Проявляется в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры речи и понимания обращенной речи при сохранности движений речевого аппарата (обеспечивающих членораздельное произношение) и элементарных форм слуха. В соответствии с классификацией, разработанной А.Р. Лурией и основанной на теории системной динамической локализации высших психических функций, существуют семь форм А., каждая из которых связана с нарушением одного из факторов и наблюдается при определенной локализации патологического процесса.

Сенсорная А. возникает при поражении задней трети височной извилины левого полушария (у правшей). В основе ее лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различения звукового состава слов. Для данной формы А. характерны трудности понимания устной речи, трудности письма под диктовку. Вторично страдают и другие виды речи. Впервые описана С. Вернике (1874).

Акустико-мнестическая А. возникает при поражении средних отделов левой височной области (у правшей). В основе ее лежит нарушение слухоречевой памяти. Проявляется в виде трудностей понимания речи в усложненных условиях (быстрая речь, одновременное предъявление двух речевых сообщений и т. д.), трудностей, возникающих в устной речи (поиск нужных слов: вербальные парафазии), затруднений письма под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Впервые ее описал как самостоятельную форму афазии А.Р. Лурия.

Оптико-мнестическая А. возникает при поражении задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей). В основе лежит нарушение зрительной памяти, слабость зрительных представлений, зрительных образов слов. Проявляется в виде затруднений в назывании предметов и их изображений при большой легкости называния действий. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описал А.Р. Лурия как один из вариантов амнестической А.

Семантическая А. возникает при поражении зоны ТРО (третичной коры теменно-височно-затылочных отделов) левого полушария (у правшей). В основе ее лежат дефекты симультанного анализа и синтеза (трудности в оценке пространственных и «квазипространственных» отношений). Проявляется в виде нарушений понимания определенных логико-грамматических конструкций (типа: брат отца, отец брата, весна перед летом и т. п.), отражающих пространственные отношения. В случаях об-

ширных поражений указанной зоны больные не понимают смысла такого типа слов, как «над», «под», «слева», «справа» и т. д. Данная форма А. сочетается с нарушениями счета, пространственного мышления, конструктивного праксиса. Впервые описана Х. Хэдом (1926).

Афферентная моторная А. возникает при поражении нижних отделов постцентральной коры левого полушария (у правшей). В основе лежит нарушение кинестезической афферентации, поступающей в указанные отделы коры больших полушарий во время произнесения слов. Проявляется в виде нарушения произнесения слов, замены одних звуков другими (литеральных парафазий) вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулем (артикуляционных движений, необходимых для произнесения слова). В этих случаях бывает нарушено самостоятельное письмо и письмо под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана О. Липманом (1913).

Эфферентная моторная А. возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (у правшей). В основе ее лежат нарушения кинетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов. В то же время у данных больных не нарушено произношение отдельных звуков. Первично страдает активная устная речь и письмо, вторично нарушаются другие виды речи. Эфферентную моторную А. следует отличать от дизартрии. Впервые описана П. Брока (1961).

Динамическая А. возникает при поражении средне- и заднелобных отделов коры левого полушария мозга (у правшей). В основе ее лежат нарушения сукцессивной организации речевого высказывания, дефекты внутренней речи, проявляющиеся в нарушениях планирования речи. Характеризуется нарушением связной устной и письменной активной речи, общей речевой аспонтанностью, трудностями актуализации слов, обозначающих действия. Протекает на фоне относительной сохранности повторной и автоматизированной речи, чтения и письма под диктовку. Впервые описана К. Кляйстом (1934) под названием «эффект речевой инициативы».

В целом, согласно взглядам А.Р. Лурии, А. делятся на две категории: парадигматические и синтагматические. Первые связаны с нарушениями кодирования речи (фонематического, артикуляционного и т. д.) и возникают при поражении задних отделов левого полушария; вторые связаны с трудностями динамической организации речевого высказывания и наблюдаются при поражении передних отделов левого полушария мозга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Аффект патологический (лат. affectus — душевное волнение, страсть и pathos — страдание) — исключительное состояние сознания, служит проявлением острого кратковременного психоза. А. п. возникает при воздействии острой психогении. В этом состоянии наблюдается сужение сознания, сосредоточенность на травмирующих переживаниях. Заканчивается: а) аффективным разрядом, во время которого часты агрессивно-разрушительные действия (нарушения сознания при этом являются глубокими, сопровождаются дезориентировкой, бессвязной речью); б) выходом в состояние безразличия, безучастности, общей расслабленности, сменяющееся глубоким сном. После А. п. наблюдается амнезия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Ахроматическое зрение (греч. achromatos — бесцветный) — клиническое нарушение, выражающееся в потере способности различать хроматические тона (цвета). Окружающий мир воспринимается в сером цвете, имеющем лишь различия яркости в зависимости от спектра воспринимаемого света. При этом с максимальной яркостью воспринимается зеленый цвет, что характерно для сумеречного зрения людей с нормальным цветовым зрением.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Бессознательное (бессознательное психическое) — в наиболее распространенных значениях: 1) совокупность активных психических образований, состояний, процессов, механизмов, операций и действий человека, неосознаваемых им без применения специальных методов; 2) самая обширная и наиболее содержательная часть (система, сфера, об-

ласть, инстанция и т. д.) психики человека; 3) форма психического отражения, образование, содержание и функционирование которой не являются предметом специальной вненаучной рефлексии; 4) состояние человека, характеризующееся отсутствием сознания.

В европейской рациональной традиции идея о Б. восходит к эпохе создания философии (к учению Сократа и Платона об анамнесисе – знании-припоминании и др.). В различных значениях и смыслах проблема Б. ставилась и разрабатывалась в философии и психологии на протяжении всей их истории. Существенный вклад в изучение проблемы Б. внесли: Б. Спиноза (неосознаваемые «причины, детерминирующие желание»), Г. Лейбниц (трактовка Б. как низшей формы душевной деятельности), Д. Гартли (связь Б. с деятельностью нервной системы), И. Кант (связь Б. с проблемами интуитивного и чувственного познания), А. Шопенгауэр (идеи о бессознательных внутренних импульсах), К. Карус (ключ сознания в подсознательном), Э. Гартман («Философия бессознательного»), Г. Фехнер (представление о «душе-айсберге»), В. Вундт («неосознаваемое мышление», «неосознаваемый характер процессов восприятия», «неосознаваемые логические процессы»), Г. Гельмгольц (учение о «бессознательных умозаключениях»), И. Сеченов («бессознательные ощущения или чувствования»), И. Павлов («бессознательная психическая жизнь»), В. Бехтерев (активность «бессознательного»), А. Льебо и И. Бернгейм (постгипнотическое внушение и поведение), Ж. Шарко (идеи о невидимой и неосознаваемой психической травме), Г. Лебон (бессознательный характер поведения людей; бессознательное как доминирующая совокупность психических процессов, всегда преобладающая в толпе и управляющая «коллективной душой» толпы), Т. Липпс («бессознательное психическое», «бессознательное реальное Я»), П. Жане (психические автоматизмы и бессознательные факторы неврозов) и многие другие.

В XX в. наиболее подробно и систематически представление о Б. разрабатывается в границах психоаналитической традиции. Принципиально важные результаты получены З. Фрейдом (создавшим психологическое определение Б. и учение о Б.), а также К. Юнгом (развившим идеи о психоидном, личном и коллективном Б.), Дж. Морено (разработавшим концепцию «общего бессознательного») и Э. Фроммом (развивавшим идеи о «социальном бессознательном»). В общем, совокупность этих психоаналитически ориентированных дополнительных идей и концепций дает определенное представление о природе и сущности Б. и его проявлениях на индивидуальном, групповом и социальном уровнях.

По З. Фрейду, 1) Б. – это психические процессы, «которые проявляются активно и в то же время не доходят до сознания переживающего их лица»; 2) Б. – основная и наиболее содержательная система психики человека (Б. – предсознательное – сознательное), регулирующаяся принципами удовольствия и постоянства и включающая в себя различные врожденные и вытесненные элементы, влечения, импульсы, желания, мотивы, установки, стремления, комплексы и пр., характеризующиеся неосознаваемостью, сексуальностью, асоциальностью и т. д.

По мысли З. Фрейда, в Б. идет постоянная борьба Эроса (влечений и сил жизни, сексуальности и самосохранения) и Танатоса (влечений и сил смерти, деструкции и агрессии), использующих энергию сексуального влечения (либидо).

Согласно психоаналитическому учению, содержание Б. включает в себя: 1) содержание, которое никогда не присутствовало в сознании индивида; 2) содержание, которое присутствовало в сознании, но было вытеснено из него в Б. (желания, воспоминания, образы и т. д.). Принимая Б. и его содержание в качестве источника неврозов и личностных конфликтов, З. Фрейд создал учение и психоаналитическую терапию, ориентированные на познание Б. и излечение пациентов через осознание Б. (вытесненного).

Трактуя Б. как «истинно реальное психическое» и подчеркивая, что «все душевные процессы по существу бессознательны», З. Фрейд вместе с тем обращал особое внимание на борьбу Б. и сознательного (сознания) как одну из атрибутивных и базисных основ психической деятельности и поведения человека.

Корректное определение Б. психического, исследование его, создание учения о Б. и внедрение представлений о нем в психологию и другие человековедческие науки были выдающимися достижениями З. Фрейда, влияние и значение которых трудно переоценить.

По К. Юнгу, Б. состоит из трех слоев: 1) «личностного бессознательного» – поверхностного

слоя Б., включающего в себя преимущественно эмоционально окрашенные представления и комплексы, образующие интимную душевную жизнь личности; 2) «коллективного бессознательного» – врожденного глубокого слоя Б., общего центра и ядра психики, имеющего не индивидуальную, а всеобщую природу, репрезентирующую опыт предшествовавших поколений людей, и включающего в себя сверхличное универсальное содержание и образцы, выступающие в качестве всеобщего основания душевной жизни. «Содержаниями коллективного бессознательного» в основном являются архетипы – наследуемые всеобщие образцы, символы и стереотипы психической деятельности и поведения; 3) «психоидного бессознательного» – наиболее фундаментального уровня Б., обладающего свойствами, общими с органическим миром, и относительно нейтральным характером, в силу чего оно, не будучи полностью ни психическим, ни физиологическим, практически полностью недоступно сознанию.

По Дж. Морено, существенным основанием и механизмом общения и взаимодействия людей является «общее бессознательное», возникающее при продолжительном контакте между партнерами и содействующее снятию интерперсональных ролевых конфликтов.

По Э. Фромму, значительную роль в организации человеческой жизнедеятельности играет «социальное бессознательное», являющее собой «вытесненные сферы, свойственные большинству членов общества» и содержащие то, что данное «общество не может позволить своим членам довести до осознания».

Непосредственные и опосредованные действия индивидуального, коллективного и социального Б. проявляются в диапазоне от элементарных психических актов до творчества и оказывают влияние на все стороны жизни людей в норме и патологии.

В современной психологии обычно выделяют несколько классов проявлений Б.: 1) неосознаваемые побудители деятельности (неосознаваемые мотивы и установки); 2) неосознаваемые механизмы и регуляторы деятельности, обеспечивающие ее автоматический характер (операциональные установки и стереотипы автоматизированного поведения); 3) неосознаваемые субсенсорные (подпороговые) процессы и механизмы (восприятия и пр.); 4) неосознаваемые социальные программы (ценности, установки, нормы и т. д.).

В психоанализе и постфрейдизме в качестве основных методов познания Б. (а также диагностики и терапии) используются: анализ свободных ассоциаций, анализ сновидений, анализ ошибочных действий повседневной жизни, исследование мифов, сказок, фантазий, символов и т. д.

Существующая фрагментарность представлений о Б. и весьма значительная роль этой проблемы дают основания полагать, что создание современной общей теории Б. психического является одной из наиболее актуальных задач теоретической психологии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Бессознательное в обыденной жизни – обычно понимаются ошибочные действия, оговорки, описки, трудности припоминания, случаи забывания (вещей, имен, обещаний), которые случаются со всеми людьми. В эту же группу включаются неконтролируемые двигательные акты, не соответствующие или не вполне соответствующие ситуации, в ряде случаев создающие ощущение неловкости. Обычно такие ситуации характеризуются как случайные, связанные с невнимательностью, забывчивостью, усталостью и т. д., однако З. Фрейдом было обосновано, что в большинстве случаев эти ошибочные действия строго детерминированы содержанием бессознательной сферы, бессознательными мотивами и скрываемыми даже от самих себя намерениями тех, кто их совершает.

▸ *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989; Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014

М.М. Решетников

Бессознательное коллективное – понятие аналитической психологии К. Юнга, обозначающее совокупность наследуемых людьми универсальных неосознаваемых психических структур, механизмов, архетипов, инстинктов, импульсов, образов и т. д., передаваемых от поколения к поколению как субстрат психического бытия, включающий в себя

психический опыт предшествующих поколений. Согласно К. Юнгу, основное содержание Б. к. составляют инстинкты и архетипы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Бисексуальность. Бисексуальное предрасположение (лат. bi – два и sexus – пол; буквально – «двойная сексуальность») – 1) в наиболее распространенном значении – фундаментальная характеристика конституциональной природы человека, отражающая факт изначальной и постоянной двойственности его сексуальной организации, обусловленной присутствием в каждом человеке различных мужских и женских элементов, в зависимости от развития и соотношения которых формируются соответствующие типы сексуальных предпочтений и поведения; 2) в сексологии и сексопатологии – половое влечение индивида к сексуальным контактам с людьми обоих полов, выступающее в истинной и различных транзиторных (преходящих, в том числе ситуативных) формах; 3) синоним понятий: андрогиния (греч. androgynos – двуполый) – наличие у особи одного пола свойств и преимущественно вторичных половых признаков другого пола; гермафродитизм (греч. Hermaphroditos – Гермафродит) – наличие у животного или человека признаков мужского и женского пола и др.; 4) характеристика свойств и качеств людей, одновременно ориентированных на гетеросексуальные и гомосексуальные отношения и (или) вступающих в них.

Первоначальные представления о двуполой (имеющей половые признаки обеих полов) природе человека были сформулированы в фольклоре и мифологии многих народов мира (например, древнегреческий миф о двуполом существе Гермафродите). Определенное развитие эта идея получила в античной философии (например, повествование Платона об андрогинах – двуполых существах, от которых произошли современные люди). В дальнейшем представления о бисексуальной природе человека развивались в философии, биологии и медицине. В XIX в. понятие «Б.» употреблялось в философской и психиатрической литературе. В современную постановку и исследование проблемы Б. в XX в. наиболее существенный вклад внесли В. Флисс, О. Вейнингер и З. Фрейд. Основываясь на данных биологии, физиологии, анатомии, эмбриологии и других наук, В. Флисс показал, что Б. является универсальным человеческим феноменом, обусловливающим ряд существенных параметров психической деятельности и поведения людей. Эти выводы были подтверждены О. Вейнингером.

В психоанализе З. Фрейда идея и концепция Б. получили развитие в контексте исследований психосексуальности и ее значения в человеческой жизнедеятельности. Основным выводом З. Фрейда было признание того факта, что все люди в силу своей биологической и психической природы имеют одновременно женскую и мужскую психосексуальные предрасположенности. З. Фрейд считал, что Б. является одним из факторов, предопределяющих конфликтную природу человека вообще и, в частности, определяющих внутрипсихические конфликты, связанные с противоречивыми (преимущественно неосознаваемыми) психосексуальными ориентациями самого индивида и противоречиями между его побуждениями и внешним миром. Некоторое сглаживание психосексуальных конфликтов происходит при осознанном выборе определенной половой роли и организации поведения в соответствии со своим биологическим полом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Благо (в философии) – идеал полноты бытия или высшая цель существования человеческого рода и индивида, осуществляющаяся на путях постижения истины, утверждения добра и красоты. Такая (или близкая к ней) дефиниция Б. выводима из классической философии и классической литературы.

Данное понятие в философию ввел Сократ (469–399 до н. э.). Он считал, что Б. есть верховный предмет знания, что в своей истине оно универсально и всеобще; причем только истинное Б. служит добру. Однако на вопрос о том, что такое всеобщее Б., он не отвечал; не различал добро и мудрость, отождествляя их, вероятно, потому, что они формально равным образом всеобщи.

Ученик Сократа Платон (427–347 до н. э.) трактовал Б. как верховную идею, которая объемлет собою весь мир идей и не может сводиться к какой-либо одной из них или подменяться ею. Платон исходит

из того, что «если мы не в состоянии уловить благо одной идеей, то поймем ее тремя — красотой, соразмерностью и истиной». У Платона идея Б. — причина знания и истины, а «сродная» разуму «соразмерность всюду становится красотой и добродетелью». В предельно общем виде это означает, что высшая идея Б. объемлет ближайшим образом идеи истины, добра и красоты. Однако обоснование единства Б. в его трех ипостасях осталось проблемой, заслуживающей внимания потенциальных единомышленников и оппонентов.

К сожалению, эту правильную по своей постановке, но далеко не простую для решения проблему обошли вниманием последующие философы античности. К идее Б. вновь обратился лишь в начале XIX в Г. Гегель (1770–1831), который весьма существенно прояснил ее суть, раскрыв содержание и субординацию входящих в нее понятий.

Б. у Гегеля ассоциируется (хотя, порою, и «по умолчанию») либо с добром, либо с нравственностью (определяемой прежде всего добром); при этом «истинное... и есть добро». На первый взгляд получается, что истина (мудрость) опять-таки, почти по Сократу, отождествляется с добром и должна первенствовать среди трех ипостасей идеи Б. Ни одному индивиду никогда не закрыта дорога к Б. через постижение истины и обретение мудрости (разума). Однако истина непосредственно не совпадает с идеей Б. и не исчерпывает ее. Истина (мудрость) — атрибут Б., но она не составляет его субстанции, ибо не является причиной самой себя (или самоцелью).

Аналогичное место в ипостасях идеи Б. еще со времен Платона занимает красота. По свидетельству Гегеля, Платон высказал «единственно верную мысль» о том, что «сущность прекрасного интеллектуальна, что она есть идея разума. Если он говорит о духовной красоте, то это нужно понимать следующим образом: красота, как красота, есть чувственная красота... а как раз то, что в чувственном называется прекрасным, именно и духовно... Прекрасное по существу своему носит духовный характер; оно, следовательно, есть не только некоторая чувственная вещь, а действительность, подчиненная форме всеобщности, истине...».

Скорее всего, именно «красота, как красота» может предстать как «страшная и ужасная вещь», поскольку «тут дьявол с Богом борется» (Достоевский). Но только прекрасное или духовная «красота спасет мир» (Достоевский). Красота как и истина не совпадает непосредственно с идеей Б. и не исчерпывает ее. Будучи иным атрибутом Б., красота (в определенности прекрасного) тоже не составляет его субстанции, ибо в своей единичности и уникальности является редкостным даром природы или Бога (при минимальной работе индивида над собой).

Что касается добра, то в отличие от истины и красоты оно уже по исходной характеристике (см. выше) представляет собой такое всеобщее, которое реализуется (здесь и сейчас) как конечная цель мира и индивидуума. В этом смысле добро составляет субстанцию как причину самой себя, которая воспроизводит себя в собственном действии — в совместно-разделенной деятельности людей. Родовой характер последней конституируется в обмене живой деятельностью между индивидами, т. е. деятельностью, не опосредованной «вещными» отношениями (собственностью, чинами, номенклатурно-неуязвимой ученостью и т. п.).

Добро — начало, принцип и примат идеи Б. Добро не вещный субстрат, а сфера межчеловеческих и подлинно человечных отношений братства. По замечанию Л.Н. Толстого, «братство естественно, свойственно людям. Не братство — разделение старательно воспитывают», поэтому «общественный прогресс истинный — в большем и большем единении людей». В идеале суть истинного прогресса сводится к тому, «чтобы, соединившись, люди сознавали бы необходимость и благо этого соединения и чтобы это сознание держало их вместе так же, как известь или цемент держит вместе камни здания». Отсюда ясно, что добро — это все то, что соединяет людей или содействует их единению. А зло — наоборот.

Изначально благую природу добра можно понять из того, что, по убеждению эволюциониста Б.М. Медникова (1974), отнюдь «не людоедство, а альтруизм вывел человека в люди». В процессе антропосоциогенеза «должны были побеждать не только самые ловкие и сообразительные, пожиратели других людей, а охраняющие слабых: беременных женщин и детей...», т. е. охраняющие свое будущее, и «стариков и старух — кладезь накопленного опыта, передающегося по каналу второй сигнальной системы». Отнюдь не случайно Гегель подчеркивал, что «нравственное носит вообще характер субстанциональности».

Субстанциональное (не рефлексивное) отношение индивида к нравственности воплощается в усвоении обычаев, исторически сложившихся традиций и духа народа. Индивид «усваивает себе это субстанциональное бытие... его способности развиваются так, чтобы он представлял собою нечто. Ведь он находит перед собой бытие народа как уже готовый, прочный мир, к которому он должен приобщиться». В силу своей субстанциональности нравственность исключает разобщение людей и по существу своему (в себе) разумна и даже «человеколепна» (по терминологии Г. Дьяченко).

Однако история распорядилась так, что «принцип развитой современной эпохи» противоположен, как подметил Гегель, субстанциональному отношению индивидов к нравственности; по сей день этим принципом остается или «является субъективный произвол индивидуумов». На первый план выходит и превозносится субъективная воля как проявление или выражение свободы выбора. Но в противопоставлении и в отрыве от воли всеобщей (и потому разумной) она оборачивается субъективным произволом – субъективным отвержением братства и произволом возведения единичного лица в абсолютную сущность. Идея Б. основательно «забыта» и (или) настойчиво вытесняется из сферы современной культуры. Былое стремление к Б. подменяется утилитарными стремлениями к обеспеченному существованию, к «атомарному» благополучию, к персональному комфорту и «эксклюзивному VIP-блаженству» при возможности «справить» себе всякую блажь. Добро, как и другие ценности, предельно релятивизируется, люди разобщаются и взаимообособляются, нравственность вытесняется правом.

Не рассуждая о Б. как конечной цели мира, славянофилы ищут «центр духовности бытия» (а следовательно – воплощение идеи Б.) прежде всего в индивиде – правда, в индивиде соборном (а ведь глобальная соборность – конечная цель мира). Как конечная цель индивида, Б. невозможно помимо «внутренней цельности разума» как того «средоточия умственных сил», где «все отдельные деятельности сливаются в одно живое и высшее единство» и где ни одна из высших умственных сил «не движется без сочувствия других» (И.В. Киреевский, 1806–1856). «Раздробленная», рассыпающаяся в «плюрализме» бессвязных (или прихотливо слепившихся) способностей индивидуальность воспринималась на Руси как характеристика личности ущербной или убогой; а в качестве Б., конечной цели индивидуума рассматривались цельность и одухотворенность его личности.

▸ Благо. Добро и зло. Ценность // Философский энциклопедический словарь. М., 2003; *Гегель Г.* Лекции по истории философии. Книга вторая. СПб., 1994; *Платон.* Соч. Т. 3(1). М., 1971. С. 83; *Толстой Л.Н.* Дневники // Собр. соч. в 22 т. Т. 22. С. 105, 191

В.Д. Жирнов

Благополучие – 1) в самом широком смысле (wellbeing) это многофакторный конструкт, представляющий сложную взаимосвязь культурных, социальных, психологических, физических, экономических и духовных факторов; 2) понятие предполагает составляющие, которые обеспечивают индивиду способность жить полноценной для него жизнью; здоровье как состояние Б. – это некая для человека возможность, в пределах которой он реализовывает свои желания, приспосабливается к окружающей среде и изменяет ее; 3) получение блага.

В русском языке «благо» – это то, что служит удовлетворению каких-либо значимых человеческих потребностей, доставляет удовольствие (Словарь русского языка / Под ред. А.П. Евгеньевой. 1985); является корнем большого числа слов (например, благодарить, благородный). Термин «благо» в философию ввел Сократ; в настоящее время оно рассматривается как идеал полноты бытия или как высшая цель существования человеческого рода и индивида, осуществляющаяся на путях постижения истины, утверждения добра и красоты (Жирнов В.В., 2009). В социальной практике, социальной помощи используются производные от «благо» слова – «благополучатель», «благодаритель» и другие, пришедшие к нам из-за рубежа.

Определение здоровья, данное ВОЗ (как состояние полного физического, душевного и социального Б., а не только отсутствие болезней и физических дефектов), предлагает исследовать разные составляющие состояния Б.: телесное (соматическое), психическое, социальное. Состояние полного физического Б. подразумевает отсутствие каких бы то ни было неприятных, болезненных физических ощущений,

подразумевает состояние свежести, бодрости, работоспособности и пр. Социальное Б. в зарубежных исследованиях оценивается успешностью физического, психического, социального и экономического функционирования. К. Рифф (2002) и др. в понятие социального Б. включают: социальную интеграцию, социальный вклад, социальную связность, социальное принятие, социальную актуализацию. Б. глубоко связано с качеством отношений с окружающими, и сознание реагирует на отклики, которые человек получает от других людей (Чиксентмихайи М., 2011). Психическая норма (отсутствие психических расстройств) еще не означает психического Б. (psychological well-being, PWB). Наиболее цитируемый автор M. Jahoda (1958) понимает под психическим Б.: 1) положительный аттитюд к «Я»; 2) оптимальное развитие, рост и самоактуализацию личности; 3) психологическую интеграцию; 4) личностную автономию; 5) реалистическое восприятие окружения; 6) умение адекватно воздействовать на окружение. Психическое Б., в понимании К. Рифф (Ryff, 1989), — это объективная оснащенность необходимыми психологическими особенностями, позволяющими субъекту функционировать успешно; оценивается по 6 основным показателям: принятие себя, позитивное отношение к другим, независимость, контроль над обстоятельствами, наличие цели в жизни, личностный рост. S. Kasl (1974) использует следующие группы индикаторов психического Б.: а) функциональная эффективность и выполнение индивидом требований социальной роли; б) субъективное Б. (отражает самооценку, удовлетворенность работой, жизнью в целом, оценку степени удовлетворения актуальных потребностей); в) рост и самоактуализация личности, преодоление жизненных трудностей, использование ценимых навыков и достижение ценностей-целей; г) психиатрические симптомы и проявления (их отсутствие). Исследование психического Б. возможно и в контексте поведения личности; в этом случае состояние Б. выступает как индикатор степени удовлетворения значимых для нее (и приносящих благо ее физическому, психическому здоровью) потребностей, как индикатор соответствия жизненного пути личности (ее жизнедеятельности) приносящим ей благо и значимым для нее ценностям, убеждениям (Творогова Н.Д., 2005). При исследовании влияния на социальное поведение человека степени его психического Б. показано, что благополучные люди не просто активнее общаются, их социальное взаимодействие «качественнее» (Berry and Hansen, 1996), они скорее вступают в сотрудничество, чаще уступают в ответ на просьбу, не стесняются сами обращаться с просьбой (Forgas, 1999). У людей, пребывающих в приподнятом настроении, окружающие вызывают большую симпатию; они вспоминают о приятных сторонах помощи окружающим, становятся альтруистичнее (Batson, 1995).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Творогова Н.Д.* Психическое благополучие личности // Психология здоровья: психологическое благополучие личности. М.: УРАО, 2005. С. 207–217

Н.Д. Творогова

Благополучие социальное — проявляется в широкой (достаточной для данного индивида) динамичной системе социальных связей с наличием позитивных межличностных отношений в форме дружбы, любви. Б. с. в зарубежных исследованиях оценивается успешностью социального и экономического функционирования (Raphael et al., 1996); под ним понимаются объективные обобщенные характеристики социальных взаимодействий человека с другими людьми (социальные интеграция, вклад, связность, принятие, актуализация), обеспечивающие позитивное функционирование (Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002). В используемой ВОЗ дефиниции здоровья («состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов») понятие «благополучие» включает элементы, которые обеспечивают индивиду способность жить полноценной для него жизнью.

Благодаря процессу общения личность может влиять на уровень своего Б. с., который нежестко связан с субъективным переживанием его. Поддержание личностью субъективного состояния удовлетворяющего ее социального благополучия способствует ее физическому и психическому здоровью, снижает уровень негативных переживаний, связанных с имеющимися трудностями в общении. Для поддержания субъективного состояния Б. с. личность иногда использует компенсаторные уловки. Например, может создать так называемый треугольник — систему, состоящую из двух человек, вов-

лекающую в себя третье лицо (человека, животное, болезнь и пр.), с целью справиться с напряжением и нестабильностью во взаимоотношениях. «Треугольник» — понятие, часто использующееся в психологии семьи, семейной терапии.

▸ *Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект Пресс, 2007; Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Благополучие субъективное — 1) общее восприятие человеком уровня своего благополучия (самооценка текущего здоровья, перспективы здоровья в будущем, рейтинг интенсивности, частоты, длительности болевых ощущений и пр.) (Ware, 1987); 2) оценочный компонент эмоционально окрашенного отношения личности к своей жизни во всех ее проявлениях; человек не только испытывает или не испытывает состояние благополучия, но способен к его рефлексии (Творогова Н.Д., 2005). В общее состояние Б. с. каждая из его составляющих (субъективное физическое, психическое, духовное, социальное благополучие) вносит свой вклад. Оценивание собственной жизни может происходить в разных системах измерения: а) социально признанной для данной культуры на данном временном историческом отрезке; б) субъективной системе измерений, опирающейся на субъективную иерархию жизненных ценностей и представление о субъективном благополучии. Эти оценки в разных системах измерения могут не совпадать. По обобщенным данным, полученным в позитивной психологии (Леонтьев Д.А., 2011), около 40 % дисперсии Б. с. определяется индивидуальными выборами и усилиями субъекта.

Существует проблема соотношения субъективных и объективных показателей состояний благополучия. Так, при оценке физического благополучия болезнь можно истолковывать и как illness (англ.) — состояние, которое переживается субъективно как недомогание, боль и пр., и как disease — состояние болезни, обнаруживаемое путем обследований, применения специальных методов объективной диагностики; эти показатели не всегда коррелируют между собой; т. е. на телесном уровне проявления болезни могут отсутствовать, но человек не чувствует себя здоровым, т. к. не испытывает состояния телесного благополучия (и наоборот — заболевание может сопровождаться субъективным состоянием физического благополучия). Между состоянием организма и переживанием физического благополучия выделяют следующие опосредствующие процессы: 1) особенности восприятия, интерпретации своего недуга; 2) выбор одной из стратегий: борьба с ним, подчинение ему (состояние «жертвы»), поиск компромисса, отрицание его наличия, попытка понять его символический язык (осознать «послание» своего организма) с целью что-то изменить в своей жизни (Творогова Н.Д., 2005). Телесное интрацептивное ощущение в настоящее время в психологии рассматривается как сложная знаково-символическая структура, а не только как рефлекторное отражение натурального состояния, возбуждение интерорецепторов (по мнению экспертов ВОЗ, одной из самых важных медицинских проблем ближайших десятилетий будет невозможность эффективного лечения большого числа больных, обращающихся в учреждения медико-санитарной помощи с постоянными жалобами, которые трудно соотнести с тем или иным органическим поражением — Н. Сарториус, 1983).

В последнее десятилетие иногда Б. с. (subjective wellbeing — SWB) и «счастье» рассматриваются как синонимы. Общепринятого определения счастья нет; обычно под этим понятием подразумевают (Аргайл М., 2003) состояние, когда человек: 1) испытывает радость или другие позитивные эмоции; 2) удовлетворен жизнью; 3) не переживает депрессии, тревоги, других отрицательных эмоций. При изучении счастья в эмпирических исследованиях показано, что оно может иметь до некоторой степени независимые когнитивные и эмоциональные составляющие, которые можно оценить при помощи вопросов об удовлетворенности или радости и приподнятом настроении.

Переживание уровня Б. с. — составная часть оценки качества жизни индивида; близкое к первому понятию — «удовлетворенность жизнью». Н.М. Брэдбери в качестве показателя удовлетворенности жизнью использовал показатель эмоционального баланса, рассчитывающийся как сумма положительных эмоций минус сумма отрицательных эмоций (обнаружилось, что этот показатель имеет нормальное распределение, однако он, как позднее выяснилось, обладает малой ценностью). Многими авторами разрабатывались классификации обла-

стей жизни, которые в своей совокупности отражают общее качество жизни индивида. Исследовался и конкретный вклад когнитивных, аффективных и поведенческих факторов в результирующую оценку качества жизни в каждой сфере. При любой технологии оценки качества жизни и Б. с. учитывается такой субъективный показатель, как «эмоциональное состояние» человека (нравится ли ему его жизнь или нет, какие эмоции на протяжении ее или в какой-то отдельный ее период он преимущественно испытывает). Когда у человека происходит в жизни много радостных событий, он становится более экстравертированным, что в свою очередь делает его более счастливым (Headey and Wearing, 1992).

▸ *Творогова Н.Д.* Психическое благополучие личности // Психология здоровья: психологическое благополучие личности. М.: УРАО, 2005. С.207–217

Н.Д. Творогова

Блоки мозга (в нейропсихологии) — структурно-функциональная модель мозговой организации высших психических функций человека, разработанная в нейропсихологии А.Р. Лурией для объяснения интегративной деятельности мозга как мозгового субстрата высших психических функций. Согласно данной модели каждая высшая психическая функция, интерпретируемая как сложная сознательная форма психической деятельности, реализуется при участии трех Б. м., каждый из которых вносит свой специфический вклад в ее осуществление. Каждый Б. м. характеризуется определенными особенностями строения и физиологическими принципами, лежащими в основе его работы, а также той ролью, которую он играет в реализации психической функции.

Первый Б. м. — блок регуляции уровня активации мозга, его тонуса, включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола мозга, структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов ствола, лимбической системы, медиобазальной коры лобных и височных долей мозга. Он обеспечивает общую и избирательную активацию, необходимую для осуществления психической функции.

Второй Б. м. — блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (т. е. исходящей извне) информации; включает в себя основные анализаторные системы (зрительную, слуховую, кожно-кинестезическую), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий. Работа данного блока обеспечивает модально-специфические процессы, а также сложные интегративные формы переработки экстероцептивной информации, необходимые для осуществления высших психических функций.

Третий Б. м. — блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической функции; включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры больших полушарий. Характеризуется большим числом двусторонних связей со многими корковыми и подкорковыми структурами. Обеспечивает формирование и осознание мотивов психической деятельности, ее замыслов и целей, а также регуляцию и контроль за результатами деятельности.

Б. м., как структурно-функциональная модель его работы, входит в основной понятийный аппарат нейропсихологии, в общую концепцию мозговой организации локализации высших психических функций человека.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Болезни психические — изменения деятельности головного мозга, при которых психика и поведение не соответствуют окружающей действительности, отражение последней искажено (вместо термина «болезнь» в отношении психического нарушения предпочтительно использовать термин «расстройство»). Различают более грубо выраженные формы Б. п. — психозы, и более легкие — неврозы, психопатические состояния, некоторые формы аффективной патологии. Феномен болезни — реальное событие, объект; состоит из отдельных признаков, связанных едиными этиологией (этиологический принцип утверждает, что у любых наблюдаемых последствий обязательно должна быть причина) и патогенезом (происхождение и развитие болезни). В зависимости от этиологической (причинной) принадлежности выделяют следующие группы заболеваний: эндогенные (хромосомные, наследственные, патогенез которых обусловлен в основном изначально внутренними механизмами), экзогенные (этиологический фактор, действуя из внешней

материальной среды, при взаимодействии с организмом вызывает его повреждение), психогенные (этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма), соматогенные (причиной психического расстройства является первично нецеребральное соматическое страдание, изменяющее внутреннюю среду организма; эта измененная среда становится патогенным фактором для функционирующего мозга).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.М. Блейхер, И.В. Крук

Болезнь — 1) состояние организма, характеризуемое отклонениями от нормы по измеримым биологическим и соматическим переменным (Б. в медицине чаще всего — это а) любое патологическое состояние организма; б) патологическое психологическое состояние (в последнее время вместо термина «болезнь» в отношении психического нарушения предпочитают использовать термин «расстройство»); 2) состояние ущербной жизнедеятельности, которое проявляется тягостным самочувствием, временной утратой или стойким ограничением физической дееспособности, направленной прежде всего на самосохранение; 3) нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникающее вследствие наследуемого генетического дефекта и (или) действия на организм повреждающего фактора, характеризующееся развитием закономерного динамического комплекса взаимосвязанных патогенных и адаптивных изменений, а также ограничением диапазона биологических и социальных возможностей индивида (Литвицкий П.Ф., 2002); 4) в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ записано: «... заболевание — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма...».

Все множество описательных дефиниций Б. непременно включает в себя следующие признаки: 1) повреждение структуры органов и тканей; 2) нарушение функций; 3) развитие защитных (компенсаторных) реакций, направленных на ликвидацию повреждения; 4) снижение или утрата трудоспособности. В практической медицине для установления факта наличия Б. сравнивают различные параметры жизнедеятельности организма либо с таковыми при здоровом состоянии этого же человека, либо с усредненными нормативами здоровых людей (Литвицкий П.Ф., 2002).

В русском языке слово «болезнь» связано со словом «боль». Однако боль, с одной стороны, не является непременным спутником всех Б., а с другой — не исключается как преходящий неприятный момент в жизни здорового человека (удар молотком по пальцу, ушибы в спортивных играх и т. п.). В состоянии Б. человека, конечно же, в первую очередь беспокоит боль, но уже после снятия приступа острой боли его тревожит и подавляет «монотонность» вынужденного модуса жизнедеятельности, прогностически вероятная или даже фатальная (в случае тяжелой Б.) инвалидизация и угроза «законченности» физического и психического развития (жесткая регламентация образа жизни, ограничение выбора профессии и т. п.).

Для заболевшего человека Б. сводится к субъективно тягостному самочувствию (которое составляет источник так называемых субъективных жалоб больного) и к немногим проявлениям явно расстроенной жизнедеятельности. В действительности же Б. — очень сложный, исподволь возникающий, последовательно развертывающийся во времени, объективно закономерный и внутренне противоречивый процесс воспроизведения ущербной жизнедеятельности.

Повреждающее воздействие на организм могут оказать факторы самой различной природы: физические (механические травмы, термические ожоги, лучевое поражение), химические (интоксикации, аллергия), биологические (инфекционные Б.), психологические (психогении) и социальные (снижение продолжительности жизни и реальная угроза депопуляции России вслед за снижением уровня доходов населения). Все патологические факторы, которые вызывают развитие болезней, можно подразделить на следующие группы: по природе повреждающего фактора (физические, химические, биологические), по происхождению (наследственные и приобретенные). Причины развития Б. — это факторы, которые приводят к ее развитию и придают ей специфические черты; причинный фактор является обязательным для возникновения Б. Но при этом

необходимо еще учитывать условия ее развития, т. е. факторы, которые способствуют или препятствуют развитию заболевания (например, факторы окружающей среды, профессиональные вредности, сопутствующие заболевания, реактивность организма). Патогенное действие различных факторов реализуется при целом ряде вполне определенных для каждого случая заболеваний условий, среди которых важнейшим является исходный уровень здоровья и состояние реактивности организма. Способ действия патогенного фактора на организм получил название «механизм развития заболевания», или «патогенез». Патогенез — это комплекс взаимосвязанных процессов повреждения и адаптации организма, которые лежат в основе возникновения и развития заболевания, обусловливают формирование его исходов. Особенностями патогенеза являются наличие пускового механизма, формирование цепной патологической реакции, развитие специфического и неспецифического звеньев, формирование порочных кругов, усугубляющих развитие заболевания. Раздел общей нозологии, который изучает причины возникновения болезней, называют «этиология». Знания об этиологии и патогенезе необходимы для обоснования основных принципов лечения болезней — этиотропного, направленного на устранение причины развития болезни, и патогенетического, направленного на разрыв и устранение звеньев патогенеза.

Процесс становления Б. схематически разделяется на три периода: 1) доклинический (или бессимптомный); 2) продромальный (греч. prodromos — предвестник), с первыми неспецифическими признаками заболевания (повышение температуры, снижение аппетита, общее недомогание и т. п.); 3) манифестация Б. с развернутыми клинико-анатомическими проявлениями. Стадии развития Б.:

- инкубационная, или латентная, — начинается с момента воздействия патогенного фактора и заканчивается появлением первых признаков заболевания;
- продромальная — появление неспецифических признаков заболевания, на основании которых еще невозможно поставить точный диагноз;
- стадия выраженных проявлений — появление специфических симптомов заболевания, на основании которых уже можно поставить диагноз;
- выздоровление — исчезновение всех признаков заболевания.

Кроме выздоровления любая Б. может иметь и другие исходы: неполное выздоровление (остаются отдельные симптомы Б.), рецидив (повторное появление или усиление симптомов после их исчезновения), ремиссия (временное устранение или ослабление Б.), переход в хроническое течение, летальный исход.

Клинически явные проявления заболевания называются симптомами (греч. symptoma — случай, признак) или признаками Б. Однако какой-нибудь самый ранний симптом заболевания, во-первых, не является строго специфичным для какой-либо определенной Б. и, во-вторых, в изолированности от других симптомов, вообще может быть весьма искусственной абстракцией. Именно в своей единичности симптом не может служить достоверным знаком состояния нездоровья, ибо может фиксировать один из преходящих моментов жизнедеятельности здорового человека.

Устойчивая «связка» симптомов представляет собой синдром (греч. syndrome — стечение, скопление). В синдроме каждый симптом обретает несомненное значение признака патологии (греч. pathos — страдание, болезнь и logos). Самым достовернейшим образом синдром объективирует состояние явного нездоровья и выражает стадию развития некоторого заболевания, однако сам по себе не раскрывает этиологию (греч. aitia — причина и logos) и не проясняет должным образом патогенез (греч. pathos и genesis — зарождение, происхождение) собственно Б.

В основе развития Б. лежит динамический комплекс взаимосвязанных патогенных и адаптивных реакций и процессов, которые развиваются в организме, психике человека. Учение о Б. получило название «нозология». Распознанная в своей этиологической обусловленности и патогенетически необходимой последовательности связь между сменяющимися во времени симптомами и синдромами заболевания представляет собой Б. как нозологическую (греч. nosos — болезнь и logos) единицу или нозологически закономерную форму патологии.

По характеру начала и длительности течения различают Б. острые, подострые и хронические. Для хронических Б. характерно чередование периодов затухания (ремиссия) и обострения (рецидив) заболевания.

Существует международная номенклатура заболеваний, которая относит равным образом к Б. как нозологические единицы, так и синдромы, научное познание которых не дошло до выяснения их нозологически закономерной определенности. Основными критериями МКБ (международной классификации болезней) являются следующие: а) причины (наследственные, инфекционные, травматические и пр.); б) основное звено патогенеза (дистрофии, иммунопатология, эндокринная патология); в) основная локализация Б. (болезни печени, почек, ЛОР-патология); г) возраст (детские, пожилого и старческого возраста); д) основные принципы лечения (хирургические, терапевтические). Номенклатура заболеваний начала 80-х гг. прошлого века выделяла 17 классов Б., которые почти исчерпываются органопатологией (например, болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения). Это означает, что медицина лучше знает болезни органов, чем болезни человека, хотя отечественные клиницисты давно мечтают подняться в постижении Б. от органопатологии к антропопатологии.

Не следует воспринимать Б. как непосредственную угрозу самой жизни, поскольку в состоянии Б. жизнь продолжается и человек имеет шанс на выздоровление, и в этом смысле Б. даже предупреждает немедленную гибель. Здоровье и болезнь — две формы жизнедеятельности организма. Безусловно, неизмеримо предпочтительнее состояние здоровья, ибо оно в меру противодействия «вредным влияниям атмосферным» и «неправильностям телесной и душевной деятельности» (Захарьин Г.А., 1873) предупреждает заболевание. Лучший способ предупреждения Б. — это развитие здоровья.

▸ *Давыдов В.В., Черешнев В.А.* Патология: учеб. для фармацевтических факультетов (в 2 т.). М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Литвицкий П.Ф.* Патофизиология. М., ГЭОТАР-МЕД, 2002. Т.1.

В.Д. Жирнов, Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская

Боль (в неврологии) — неприятное, гнетущее, иногда нестерпимое ощущение, возникающее под воздействием специфических раздражителей либо вследствие психических нарушений и сопровождающееся психофизиологическими мотивационно-эмоциональными проявлениями. Согласно современным представлениям, при воздействии болевого стимула включаются механизмы на трех уровнях, и Б. может иметь три радикала: физиологический, поведенческий (болевая поза и мимика, особая речевая и двигательная активность) и личностный (мысли, чувства, эмоции) (Sanders S.H., 1979).

Б. различается по интенсивности, локализации и распространенности болевого синдрома, типу (острая и хроническая), патофизиологическому механизму (ноцицептивная и невропатическая) и по своим субъективным проявлениям. Ноцицептивная Б. возникает тогда, когда повреждающий ткань раздражитель действует на периферические болевые рецепторы. Б., возникающую в результате повреждения или изменений в соматосенсорной (периферической или центральной) нервной системе, относят к невропатической. Острые боли — это сенсорная реакция с последующим включением эмоционально-мотивационных, вегетативных и других факторов при нарушении целостности организма. Хроническая Б. — это Б., которая продолжается сверх нормального периода заживления и имеет «надерганный» характер.

Чувство Б. служит проявлением реципрокного отношения между ноцицептивной и антиноцицептивной системами. В настоящее время установлено, что существует два типа периферических дистальных сенсорных нейронов, наиболее активно реагирующих на ноцицептивные стимулы. С преимущественной активацией того или иного типа волокон связаны различные типы болевых ощущений. Первичная Б. возникает преимущественно при активации периферических рецепторов быстропроводящих миелинизированных А-дельта-волокон и передается главным образом по неоспиноталамическому тракту (латеральная система болевой афферентации) через вентролатеральный отдел таламуса и достигает соматосенсорной коры. Благодаря быстрой передаче информации обеспечивается точная локализация Б., ее сенсорная дискриминация, оценка длительности и интенсивности ноцицептивного стимула. Вторичная Б. проводится по медленным слабомиелинизированным С-волокнам, затем передается по палеоспиноталамическим (спиноретикулоталамическому и спиномезенцефалическому) афферентным системам (медиальная система болевой афферентации). По мере афферентного проведения ноцицептивных сигналов происходит

активация ряда супрасегментарных структур – ретикулярной формации, гипоталамуса, лимбической системы. Болевой поток, пройдя через медиальные, интраламинарные и задние ядра таламуса, достигает коры мозга. Результатом прохождения болевого сигнала по этой сложноорганизованной системе является ощущение труднодифференцируемой по качеству и локализации Б. с многообразными эмоциональными и вегетативными проявлениями.

Механизмы контроля Б. реализуются через антиноцицептивную систему (АНС), в структуре которой выделяют несколько видов: эндогенная опиатная система, система нисходящих связей ядер ретикулярной формации ствола головного мозга, норадренергическая АНС, гипоталамическая АНС, афферентные связи ретикулярного таламического ядра. АНС тесно взаимодействует с интегральными неспецифическими церебральными системами, что позволяет регулировать эмоциональные, вегетативные, нейроэндокринные и поведенческие проявления Б.

Одну из основных ролей (а при хронических болевых синдромах – основную роль) в возникновении Б. играют психологические факторы (индивидуальные особенности личности, прошлый опыт, культурологические особенности, способность к обучению и обстоятельства, при которых происходит болевое воздействие) (Tyrer S.P., 1994).

Большинство разработанных методик, используемых для изучения Б. в общемедицинской практике, основываются на субъективной оценке исследуемых, т. е. на ощущениях самого больного. Это в основном психологические и психофизиологические тесты: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), цифровые шкалы, метод описательных определений Б., комплексный болевой опросник, определение болевых порогов в актуальной и нейтральной зонах, опросники качества жизни, ведение дневников, альгометрия, проба Труссо–Бонсдорфа и др. В последние годы были предложены некоторые новые нейрофизиологические подходы исследований: изучение ноцицептивного флексорного рефлекса (RIII), экстероцептивной супрессии произвольной мышечной активности и оценка лазерных вызванных потенциалов (Вейн А.М., Данилов А.Б., 1999).

Феномен фантомной Б. – ощущение Б., например, в конечности, которой уже нет. Фантомный образ – часть образа собственного тела, сохраняющаяся даже несмотря на утрату соответствующего телесного органа (обычно конечности).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
А.М. Вейн, А.А. Корабельникова

Бред (лат. delirium – бред со зрительными галлюцинациями) – расстройство восприятия, мышления и самоосознания человека, проявляющееся в совокупности болезненных галлюцинаторных представлений, рассуждений и выводов, в ошибочности которых патологически убежденного в их реальности и правильности субъекта невозможно убедить. Б. выступает симптомом многих психических заболеваний, при этом его содержание может быть самым разнообразным: Б. преследования, отравления, ревности, величия, мессианства, гибели мира и т. д. Искаженно отражающий действительность Б. не поддается коррекции извне. Б. может быть первичным, когда его возникновению не предшествуют стадии аффективных расстройств, депрессии, мании, и вторичным, при котором Б. возникает в результате расстройств сознания, мышления, восприятия как следствие психических заболеваний (шизофрения, паранойя, эпилепсия и др.). Первичное проявление Б. может быть латентным, не выражаясь явно в расстройствах поведения. Поэтому он может производить впечатление неожиданно возникающего, психологически непонятного.

Б. необходимо отличать от сверхценных идей, при которых та или иная реальная жизненная проблема приобретает в сознании психически здорового субъекта чрезмерно большую (сверхценную) значимость.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.А. Карпенко

Бродмана поля (в нейропсихологии) – участки коры головного мозга человека, различающиеся по структурным особенностям нейронных слоев. Основные критерии для выделения полей: плотность распределения нервных клеток в разных слоях, толщина слоев, особые типы нейронов. Основываясь на них, К. Бродман составил цитоархитектоническую карту коры головного мозга человека, выделил 11 областей (сенсорных, моторных и плацистивных) и 52 поля. Карта Бродмана является основой для

современной цитоархитектонической классификации корковых структур.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Брока центр (в нейропсихологии) (по имени французского антрополога и хирурга П. Брока) – участок коры головного мозга, расположенный в задненижней части третьей лобной извилины левого полушария (у правшей), обеспечивающий моторную организацию речи. При поражении Б. ц. возникает так называемая афазия Брока, или эфферентная моторная афазия по классификации А.Р. Лурии, – невозможность произношения отдельных звуков речи, слогов или слов из-за дефектов объединения отдельных речевых движений в единый речевой акт. В осуществлении моторной функции речи помимо Б. ц. принимают участие и другие зоны коры мозга: нижние отделы постцентральной области левого полушария, премоторные и префронтальные отделы коры.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Вагинизм (лат. vagina – влагалище) – болезненный спазм половых путей у женщин при попытке полового акта. Легкая степень В. – спазм при попытке введения полового члена; средняя – спазм при прикосновении к половым органам; выраженная – спазм при одной мысли о половом акте. Резкий спазм может привести к ситуации «плененного» полового члена, требующей специальных приемов «освобождения». В. – яркая невротическая реакция истерического типа и отличается от так называемого псевдовагинизма – рефлекторного болевого спазма при заболеваниях, пороках строения и травмах половых путей у женщин. В. чаще возникает у артистичных, демонстративных особ при наличии мягкого и заботливого партнера, может длиться годами, приводя к виргогамии (девственному браку) и ложному бесплодию. В происхождении В. придается значение отсутствию сексуальных установок на партнера, склонности к манипулированию в отношениях с ним, скрытым парафилическим тенденциям (патологическим нарушениям направленного полового влечения). При В. женщина часто испытывает оргазм при петтинге или орогенитальных контактах (куннилингусе). Наступательная сексотерапия может купировать В. в течение считаных дней. Связанные с половой жизнью неприятные ощущения в половых органах (боль, зуд, тяжесть, жжение, включая расстройства мочеиспускания) при нормальном урогинекологическом статусе называют гениталгией, а для обозначения болезненного полового акта без спазма половых путей используют термин «диспареуния».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

«Вампир» – образ мертвеца, сосущего кровь спящих. Этот образ, преследующий воображение пациента, достаточно часто встречается в клинической и психоаналитической практике и выражает собой визуализацию пациентом ощущения того, что все его психические силы отбираются кем-то чужим. В рамках глубинной психологии понимается как превращение архетипического образа «Большой матери», которая предстает в угрожающем воплощении, связанном со смертью (Neumann E., 1956). Как проявление бреда преследования характерен для шизофрении (Prins H., 1985).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Вербальная парафазия (в нейропсихологии) – замена нужного слова другим, близким по смыслу. Встречается при разных формах амнестической афазии. Больной, например, вместо слова «стол» произносит слово «стул» или «диван». В других случаях больной заменяет нужное слово описанием его функции («то, чем режут» вместо «нож», «то, чем пишут» вместо «ручка» и т. п.). Согласно взглядам А.Р. Лурии, в основе этого дефекта лежат нейродинамические нарушения, возникающие в пораженной коре левого полушария мозга (у правшей), что приводит к нарушению следовой деятельности и к актуализации вместо нужного слова других, относящихся к тому же смысловому полю.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Вернике центр (в нейропсихологии) (по имени немецкого невропатолога и психиатра К. Вернике) — участок коры головного мозга, расположенный в заднем отделе верхней височной извилины левого полушария (у правшей), обеспечивающий звуковой фонематический анализ устной речи. При поражении В. ц. возникает так называемая афазия Вернике, или сенсорная афазия, — нарушение понимания устной речи из-за дефектов фонематического или речевого слуха. Сенсорные функции речи помимо височной коры обеспечивают и другие ее области: теменные, височно-теменно-затылочные, затылочные.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Влечения (в психоанализе) — 1) внутренние импульсы, а в более общем варианте — одухотворенные репрезентации инстинктов (общие для людей и животных), побуждающие организм к достижению той или иной цели; 2) стремление к удовлетворению неосознанной или недостаточно осознанной потребности субъекта; своеобразный первоисточник всякого психического движения и поведения организма (включает источник энергии (силы), цель и объект). В. соотносятся одновременно и с соматической (как инстинкты), и с психической сферой, но в отличие от инстинктов, жестко детерминированных биологическими программами поведения, В. выступают в качестве интрапсихической динамической силы, находящейся под контролем Эго и СуперЭго и определяющей все виды активности личности; В. является одним из понятий для отграничения душевного от телесного.

«Источником влечения является возбуждающий процесс в каком-нибудь органе; ближайшей целью влечения является прекращение этого раздражения органа» (З. Фрейд. «Очерки по психологии сексуальности»). В., идущие изнутри организма, действуют постоянно, избирая своим объектом то, посредством чего они могут достичь своей цели; в числе объектов В. могут быть и части собственного тела субъекта. В. понимается также как «наличное в живом организме стремление к восстановлению какого-либо прежнего состояния» (З. Фрейд. «По ту сторону принципа удовольствия»). З. Фрейд считал, что «влечения и их превращения суть конечный пункт, доступный психоаналитическому познанию» (З. Фрейд. «Леонардо да Винчи»).

З. Фрейд различал два рода (вида, группы) основных В.: 1) сексуальные (жизнеутверждающие) В.; 2) влечения к смерти (агрессии, разрушению). Представления классического психоанализа о В. были сформулированы З. Фрейдом следующим образом: «Мы полагаем, что человеческие влечения бывают двух родов. Либо те, что направлены на сохранение и объединение; мы называем их эротическими — в том смысле, как Эрос понимается в платоновском «Пире», — или сексуальными влечениями, сознательно расширяя понятие «сексуальность». Либо те, что направлены на разрушение и убийство: мы сводим их к инстинкту агрессии, или инстинкту деструктивности» (Фрейд З. «Психоанализ, религия, культура»). В норме В. практически никогда не реализуется в чистом виде и проявляется через свои репрезентации. Например, сексуальное В. может проявляться чувством любви, возбуждением, фантазиями, обращением к поэзии, сновидениями и т. д.

В дополнение к классическим представлениям о В. в современном психоанализе была предпринята попытка выделить В. «второго порядка» («спокойные» В.). А. Моделл (1975) предложил в качестве этих В. «влечения Эго» («Я»), имея при этом в виду, что данные В. (в отличие от В., введенных З. Фрейдом), вероятно, не имеют определенного физиологического источника и ориентированы на получение удовольствия не в результате разрядки напряжения, а в силу самого процесса взаимодействия с объектом. Но эта новация не получила значительного распространения.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников, В.И. Овчаренко

Внутренняя картина беременности (ВКБер) — 1) комплекс ощущений, переживаний и представлений женщины, связанный с ее беременностью; формирующийся у нее устойчивый образ беременности, на основе которого она строит свое поведение, направленное на приспособление к ней (или устранение ее) (Арина Г.А., Тхостов А.Ш., 1990; Волков А.Е., 2003; Айвазян Е.Б., 2005; А.Н. Васина, 2005); 2) психо-

логическое новообразование (конструкт), формирующееся в онтогенезе материнской сферы женщины и актуализирующееся при наступлении беременности (Нечаева М.А., 2005); 3) психологические проявления системы субъект-объектного отношения женщины к беременности и к связанным с ней явлениям (Нечаева М.А., 2005).

Введение термина опирается на существующие в психосоматике представления, терминологию (опирается на термин «внутренняя картина болезни» – ВКБ). По аналогии со структурой ВКБ в структуре ВКБер выделяется сенсорный, эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий компоненты, а также следующие уровни (Айвазян Е.Б., 2005; Васина А.Н., 2005): 1) чувственная ткань – это первичный уровень ВКБер, включает смутные физические ощущения, вызванные как жизнедеятельностью внутриутробного ребенка, так и сопутствующими изменениями в организме женщины, которые еще нельзя выразить словами; 2) первичное означение – ощущения начинают выражаться в словах и становятся симптомами или телесными ощущениями, относящимися преимущественно к жизнедеятельности ребенка; 3) вторичное означение связано с формированием концепции беременности, опирающейся на представления о беременности, доминирующие в культуре и т. п.; 4) уровень личностного смысла характеризует значимость для женщины ее беременности.

Термин «ВКБер» в некоторой степени синонимичен терминам «переживание беременности» (Филиппова Г.Г., 2002), «психологический компонент гестационной доминанты» (Добряков И.В., 2010), «отношение к беременности» (Нечаева М.А., Беребин М.А., 2010), оставаясь более широким по сравнению с ними. Типологический подход к ВКБер реализован в следующих исследованиях: 1) И.В. Добряков выделил оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный типы психологических компонентов гестационной доминанты; 2) Г.Г. Филиппова выделила адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный и отвергающий стили переживания беременности; 3) М.А. Нечаева выделила типы отношения к беременности: адекватный (гармоничный) и неадекватный (1. Эргопатический. 2. Тревожный: а) тревожно-ипохондрический; б) тревожно-сенситивный. 3. Инфантильный: а) эйфорический; б) эгоцентрический. 4. Конфликтный: а) неврастенический; б) дисфорический.).

ВКБер является одним из основных психологических компонентов (вторичных по своей природе) синдрома беременности. Исследователи напрямую связывают ВКБер с развитием структуры сознания женщины. При изучении взаимоотношения личностного смысла (как составляющей структуры сознания) и чувственной ткани эмпирически подтверждено, что если женщина ожидает желанного ребенка, то ощущения от беременности у нее более приятные, чем у женщины, для которой беременность означает крах всех надежд (даже вероятность токсикоза у первых ниже, чем у вторых). В настоящее время изучены взаимосвязи ВКБер: а) с личностными особенностями женщины (Васина А.Н., 2005); б) содержанием эмоционально-смыслового опосредствования ситуации беременности (Айвазян Е.Б., 2005); в) внутренней материнской позицией женщины (Айвазян Е.Б., 2005); г) опытом материнства и наличием соматической патологии, приводящей к невозможности естественного зачатия и (или) отягощающей протекание беременности (Айвазян Е.Б., 2005). Также изучалась взаимосвязь компонентов ВКБер (Филиппова Г.Г., 2002; Айвазян Е.Б., 2005; и др.) и динамика ВКБер (Айвазян Е.Б., 2005).

▸ *Айвазян Е.Б.* Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Москва, 2005; *Васина А.Н.* Внутренняя картина беременности как психосоматический феномен // Хрестоматия по перинатальной психологии: психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2005. С. 88–92; *Нечаева М.А., Штрахова А.В., Рыбалова Л.Ф.* Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития: учеб. пособие. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005

А.Н. Васина

Внутренняя картина болезни (ВКБ) – структурированное образование субъективной стороны заболевания, включающее различные уровни отражения болезни в психике субъекта. Термин ввел Р.А. Лурия (1944) в развитие идей А. Гольдштейна (1926) об «аутопластической картине заболевания» – субъективном компоненте общей картины соматического заболевания.

ВКБ – это основной комплекс вторичных, психических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Он может сам по себе стать источником стойкой инвалидизации пациента (Николаева В.В., 1987).

ВКБ как «продукт» собственной активности субъекта формируется в своих более или менее развернутых формах при любом заболевании. Наряду с объективно обнаруженными изменениями и связанными с ними ощущениями, заболевание сопровождается переживаниями; обширная зона психической активности человека начинает фокусироваться на страдании. Традиционно в медицинской психологии анализируются 4 уровня ВКБ: 1) чувственный, уровень ощущений; 2) эмоциональный, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия; 3) интеллектуальный, связан с представлением, знанием пациента о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях; 4) мотивационный, связан с определенным отношением пациента к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. Между этими компонентами возможны различные соотношения (Николаева В.В., 1987).

Формирование ВКБ предполагает ряд этапов, среди которых – сенсологический, оценочный, этап отношения к болезни. Сенсологический этап включает в себя дискомфортный компонент (неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией являются ранними симптомами угрозы соматической болезни; состояние дискомфорта – ранний психологический признак морфофункциональных изменений); алгический компонент (дискомфорт может перерасти в болевые ощущения); дефицитарный компонент (переживание чувства собственной неполноценности, ограничения возможностей). Оценочный этап – результат интрапсихической переработки сенсологических данных. Именно на этом этапе в основном складывается ВКБ заболевшего человека. В зависимости от преморбидных особенностей его личности, ситуации, в которой он находится (в семье, на работе и пр.), специфики заболевания ВКБ приобретает индивидуальную окраску. Этап отношения к болезни характеризуется спецификой переживаний, высказываний, действий, общего рисунка поведения, связанного с заболеванием.

В качестве критерия, взятого за основу классификации типов реагирования на болезнь, может быть выделена система потребностей, которая фрустрируется заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая, связанная с интимной жизнью, др.

Выделяют и такие типы соматонозогнозий (отношения к болезни): а) нормосоматонозогнозия (адекватная оценка больным своего состояния и перспектив выздоровления); б) гиперсоматонозогнозия (переоценка значимости как отдельных симптомов, так и болезни в целом); в) гипосоматонозогнозия (недооценка тяжести и серьезности своего заболевания и его отдельных признаков); г) диссоматонозогнозия (отрицание больным наличия у себя болезни и симптомов); д) патологическая реакция на свою болезнь, не поддающаяся коррекции (депрессивная, тревожно-депрессивная, фобическая, истерическая, ипохондрическая, анозогнозия), длится от нескольких часов до нескольких недель. При хроническом течении болезни возможно перерастание патологической реакции в патохарактерологическое развитие личности.

Нозофильное отношение к болезни связано с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни, поскольку у пациента появляется свободное время и свобода от привычных обязанностей. Утилитарное отношение к болезни, как наиболее характерное проявление нозофильной реакции, имеет тройную мотивировку: 1) получение сочувствия, внимания; 2) выход из неприятной ситуации; 3) получение материальных выгод (пенсия, отпуск и пр.). Утилитарная реакция может быть более или менее осознанной.

Д. Липовски (1983) изучает следующие типы реакций на информацию о заболевании («значение болезни»):

- болезнь-угроза (реакции: противодействие, тревога, уход, борьба);
- болезнь-утрата (реакции: депрессия, ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание);

- болезнь-выигрыш (реакции: безразличие, жизнерадостность, враждебность по отношению к врачу);
- болезнь-наказание (реакции: стыд, угнетенность, гнев).

Став фактом сознания, аллопластическая объективная картина болезни (отражает функциональные и органические изменения, связанные с заболеванием) с неизбежностью начинает подчиняться и законам субъективного (Тхостов А.Ш., 2002). ВКБ не является калькой аллопластической и не всегда совпадает с ней. Болезнь приобретает для пациента свой психологический смысл.

Поскольку лечить надо больного, а не болезнь, то знание жалоб, переживаний и изменений характера пациента важно (как и результаты объективного исследования его болезни) и для постановки диагноза, и для процессов лечения, реабилитации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) — а) комплекс ощущений, переживаний и представлений личности, связанные с ее состоянием благополучия (физического, психологического, социального); в данном контексте используется определение здоровья, записанное в Уставе ВОЗ; б) система представлений человека о том, что такое здоровье, какова его ценность, а также знание и понимание методов его поддержания и формирования (Некрасова Ю.Б., 1984).

Согласно субъективной точке зрения, человек сам для себя определяет уровни своего состояния, строя «внутреннюю картину здоровья» и «внутреннюю картину болезни» как части «образа мира» (Леонтьев А.Н., 1983). Он имеет ресурсы фиксировать, осознавать как сигналы благополучия, так и сигналы неблагополучия, идущие от его организма и со стороны психической и социальной сфер его жизни, и в соответствии с этим строить обобщенные модели, образы (устойчивые «картины») своего здоровья и нездоровья (физического, психического, социального). Эти внутренние «картины» могут быть в разной мере сформированы, полны, по-разному соотноситься друг с другом и с соответствующими объективными индикаторами. Вопрос в том, какая «картина» преимущественно находится в фокусе внимания данной личности и на что эта личность направляет основные свои усилия: или на «выращивание» здоровья, его укрепление, расширение его ресурсов (это саноцентристская направленность личности), или преимущественно на борьбу со своим неблагополучием, болезнями (патоцентристская направленность личности). Образ мыслей, включающий идею здоровья, как показывают специальные клинические исследования, формирует установку на здоровье (Д.Н. Узнадзе еще в 1941 г. писал, что благодаря установке происходит своеобразное налаживание, настройка «субъекта, его готовности... к тому, чтобы в нем проявились именно те психические или моторные акты, которые обеспечат адекватное ситуации созерцательное или действенное отражение» — цит. по А. Асмолову, 2002. С. 37), порождает благоприятную реакцию организма. Тезис школы Л.Н. Узнадзе о том, что «..человек приходит в свое настоящее не прямо из прошлого, а конструирует свое настоящее, как претворение эскиза будущих действий» (цит. по А. Асмолову, с. 11), не потерял актуальности и сегодня. Особенно важен этот тезис для понимания значения устойчивой фокусировки внимания личности на ВКБ или ВКЗ для ощущения жизненного благополучия, для выбора ею тех или иных поведенческих программ (в направлении здоровья, борьбы с нездоровьем, игнорированием этой сферы жизни и пр.).

Индивидуальные различия в ВКЗ (так, люди с различным типом межполушарной асимметрии мозга — правши, левши, амбидекстры, — по данным Е.Д. Хомской, характеризуются своими особенностями ВКЗ) могут проявляться, в частности, в ее полноте. Выявлены различные уровни корреляции между объективными показателями здоровья клиентов и полнотой этих картин. Для поддержания оптимальной для себя ВКЗ личность вынуждена совершать те или иные действия в направлении поддержания своего здоровья. Будут эти действия ею совершаться или нет, зависит не только от ВКЗ, но и от (Томпсон К.): внешней нормативной системы (значимые другие, референтная группа, влияние общины, общие социальные нормы), нормативных представлений самой личности, ее мотивации действовать в соответствии со своими нормативными представлениями, ее общего представления о жизни, о самой себе, ее уровня самоуважения, знания о действиях на благо своего здоровья, осознания ею своих затрат и компенсаций на совершение этих

действий, побуждений и эмоциональных состояний. Исследуются мотивационный аспект ВКЗ, «выгоды» здоровья, причины предпочтения личности быть «здоровой» или «больной», условия принятия ею роли больного или здорового и пр.

В соответствии с выявленной у клиента ВКЗ психологом разрабатываются рекомендации для достижения клиентом более высокого качества жизни, психологического комфорта по сравнению с существующим у него на данный период. Поскольку не только реальное состояние физического здоровья человека, его личностные особенности, но и общество, в котором он живет, оказывают влияние на его выбор стратегии поведения («выращивание» здоровья в соответствии со сформированной ВКЗ или борьба с болезнями с опорой на ВКБ), обществу необходимо создавать среду, в которой была бы доступна информация о действиях, приводящих к здоровью, и доступны средства и социальная поддержка личности, вступившей на путь «выращивания» своего здоровья. Однако в конечном итоге выбор направления своей жизнедеятельности остается за каждой конкретной личностью.

▸ *Асмолов А.Г.* По ту сторону сознания: методологическая проблема неклассической психологии. М., Смысл, 2002; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Творогова Н.Д.* Поведение в направлении здоровья // Форум «Здоровье нации — основа процветания России». М.: МГУ, 2007. Т. 2

Н.Д. Творогова

Внутренняя картина инвалидности (ВКИ) – комплекс представлений, чувств и установок к себе как к социально-недостаточному субъекту, сформировавшийся в условиях потенциально инвалидизирующего заболевания, на основании которых у пациента трансформируется самосознание, планируется дальнейшая перспектива и социальное поведение (Морозова Е.В., 2008).

Структурно ВКИ формируется на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и мотивационном, отражая совокупность соответствующих характеристик. Фактически общая эмоциональная комфортность (эмоциональный уровень), отождествленность с данным статусом, представления и знания человека об инвалидности (когнитивно-информационный уровень), осознание истинных потребностей, детерминирующих планы, поступки (мотивационный уровень), являются стратегической программой жизнедеятельности, позволяющей прогнозировать дальнейшее социальное поведение человека в зависимости от содержания его ВКИ.

Функция ВКИ (приспособительная, адаптационная) означает процесс адаптации к инвалидности и к себе «как к инвалиду». ВКИ определяется социальным генезом, т. к. человек, проявляя свою субъектную активность, должен осознать, насколько он социально самодостаточен без поддержки государства (т. е., в частности, без определения инвалидности), либо, критично взвесив ресурсы, осознает потребность в социальной недостаточности, что ведет к планированию действий по вопросу обращения в учреждение медико-социальной экспертизы за инвалидностью.

Концепт ВКИ обладает типичными признаками системы, включая наличие системообразующего фактора – глубоко личностной реакции на динамику развития и лечения заболевания – и способности взаимообусловливания каждого его структурного уровня, возникающего в результате заболевания. Системное свойство ВКИ проявляется в способности взаимовлияния и взаимообусловленности всех трех уровней данной категории.

Оценка реабилитационного потенциала пациентов, находящихся в процессе медико-социальной экспертизы (т. е. в момент возможной смены их социального статуса), подтверждает, что помимо широко изученного феномена «внутренней картины болезни (ВКБ)» (Лурия Р.А., Лурия А.Р., Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Арина Г.А.) у освидетельствуемых (ранее отнесенных к группе «инвалид») складывается ВКИ, включающая убежденность в принадлежности к данному статусу (зачастую несмотря на отсутствие фактических к тому оснований, определяемых государственной службой медико-социальной экспертизы в соответствии с действующей нормативно-правовой базой). ВКИ существенно дополняет спектр личностных переживаний ВКБ, конкретизируя и углубляя диапазон охвата жизненной ситуации.

Фактор обратимости инвалидности обусловливает ее динамическое свойство. Статус «инвалид» динамически может меняться (утяжеляться, сни-

жаться, вообще утратиться), что часто психологически трудно переживается пациентами. Другими словами, экспертные решения о непризнании лица инвалидом (в результате либо изменения степени выраженности инвалидности – снижение группы, либо ее утраты как таковой) могут создать для пациента кризисную ситуацию, если субъективно он продолжает считать себя инвалидом и убежден в своей правоте. Результатом подобного кризиса нередко является дезадаптивное поведение, в то время как основная задача, стоящая перед пациентом, – адаптация к новым, изменившимся условиям жизни. Специфика неоправданных ожиданий в отношении возможности получения инвалидности обусловливает важность выделения такой социально-психологической и медико-психологической категории, как ВКИ, для задач оценки степени личностной готовности (приверженности) к реабилитации. Оценка проводится с учетом степени адекватности субъективных представлений и установок к себе как к инвалиду в соотношении с объективной экспертной оценкой. Также учитывается система адекватных (не искаженных) представлений о социальной категории «инвалидность» в целом.

Субъективное ощущение различий состояний «болезнь» и «инвалидность» чрезвычайно важно для формирования приверженности больного к реабилитации с целью повышения адаптации. Однако для многих пациентов «болезнь» и «инвалидность» воспринимаются недифференцированно. При этом идентификация и слияние этих категорий не дает возможность человеку дифференцировать истинную степень своей социальной недостаточности и самоэффективности, сформировать эффективные стратегии адаптации.

Таким образом, ВКИ раскрывает сложную взаимосвязь субъективных переживаний человека, являясь, помимо всего прочего, клинически значимым симптомокомплексом, «маркеры» которого на различных этапах заболевания (до наступления инвалидности, после частичной или полной реабилитации) характеризуют приверженность пациента к лечению и реабилитации либо к формированию пассивно-иждивенческих приспособительных моделей адаптации, что критично в оценке реабилитационного потенциала личности и реабилитационного прогноза для целей реабилитационно-восстановительного периода и своевременной профилактики дезадаптивных приспособительных моделей поведения.

▸ *Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б.* Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых // Социологические исследования. 1993. № 1. С. 62–67; *Морозова Е.В.* Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 1. С. 42–46

Е.В. Морозова

Восприятия заболевания модель – стадийная модель адаптации к хронической болезни, в которой выделяются: 1) стадия неопределенности (больные стараются понять значение и тяжесть первых симптомов); 2) стадия срыва (больной переживает кризис – выраженный стресс, зависимость от специалистов и (или) родственников); 3) стадия борьбы за восстановление себя (больные стараются добиться контроля над недугом, используя помощь извне и различные формы преодоления); 4) стадия восстановления благополучия (больной принимает недуг и его последствия и снова обретает равновесие). Согласно этой модели адаптация к хронической болезни в основном зависит от оценки стрессора индивидом, эффективности его усилий по преодолению стресса и от социальной поддержки, помогающей больному добиться контроля над стрессором.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Вторичное отклонение – усугубление симптомов у индивида как следствие присвоения ему ярлыка психически больного.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Высшие психические функции – сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, опосредствованные по психологическому строению и произвольные по способу осуществления. В. п. ф. – одно из основных понятий психологии, введенное

в отечественную психологическую науку Л.С. Выготским и далее развитое А.Р. Лурией, А.Н. Леонтьевым, А.В. Запорожцем, Д.Б. Элькониным, П.Я. Гальпериным и другими психологами.

В основе представлений о В. п. ф. как социально детерминированных психических образованиях и сознательных формах психической деятельности лежат теоретико-методологические положения психологии об общественно-историческом происхождении психики человека и определяющей роли трудовой деятельности в формировании его сознания. Л.С. Выготский выделял два типа психических явлений — «натуральные» и «культурные» психические процессы, — считая, что первый тип детерминирован преимущественно действием генетического фактора, а второй — формируется всецело под влиянием социальных воздействий. Социальные воздействия определяют способы формирования В. п. ф. и тем самым их психологическую структуру.

Важнейшей характеристикой В. п. ф. является их опосредствованность различными «психологическими орудиями» — знаковыми системами, являющимися продуктом длительного общественно-исторического развития человечества. Среди психологических орудий ведущую роль играет речь, поэтому речевое опосредствование В. п. ф. представляет собой наиболее универсальный способ их формирования. В. п. ф. — сложные системные образования, качественно отличные от других психических явлений. Они представляют собой «психические системы», которые создаются путем надстройки новых образований над старыми, с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого (Выготский Л.С., 1956). В. п. ф. как системы обладают большой пластичностью, взаимозаменяемостью входящих в них компонентов. Неизменными (инвариантными) в них являются исходная задача (осознанная цель деятельности) и конечный результат; средства же, с помощью которых реализуется данная задача, весьма вариативны и различны на разных этапах онтогенеза и при разных способах и путях формирования В. п. ф. Первоначально В. п. ф. существует как форма взаимодействия между людьми (т. е. как интерпсихический процесс) и лишь позже — как полностью внутренний (интрапсихический) процесс. Превращение внешних средств осуществления функции во внутренние психические носит название «интериоризация».

Вторая важнейшая черта, характеризующая логику развития В. п. ф., — их постепенное «свертывание», автоматизация. На первых этапах формирования деятельность опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы; затем эти действия и процессы свертываются, приобретая характер автоматизированных умственных действий. Одновременно меняется и психическая структура В. п. ф. Психофизиологической основой В. п. ф. являются сложные функциональные системы, включающие большое число афферентных и эфферентных звеньев и имеющие вертикальную (корково-подкорковую) и горизонтальную (корково-корковую) организацию. Часть звеньев функциональной системы жестко «закреплена» за определенными участками мозга, остальные — обладают высокой пластичностью и могут заменять друг друга, что и лежит в основе механизма перестройки функциональных систем в целом. Таким образом, каждая В. п. ф. связана с работой не одного «мозгового центра» и не всегда мозга как однородного эквипотенциального целого, а является результатом системной деятельности мозга, в которой различные мозговые структуры принимают дифференцированное участие.

Теория В. п. ф. разрабатывается не только в общей психологии, но и в русле проблем прикладных направлений современной психологической науки. Детская и педагогическая психология используют представление о В. п. ф. как об одном из основных при изучении закономерностей развития психических процессов в онтогенезе, механизмов их управления и формирования. Историческая психология на базе представлений о социальной обусловленности В. п. ф. анализирует различия в «культурных» процессах в зависимости от условий жизни и трудовой деятельности людей. В патопсихологии анализ особенностей нарушений познавательной деятельности при различных психических заболеваниях основывается на положениях об опосредствованности и системном характере строения В. п. ф. В современной нейропсихологии понятие В. п. ф. является центральным при анализе мозговых механизмов различных нарушений психических процессов у больных с локальными поражениями голов-

ного мозга – при диагностике очага поражения и определении путей и средств восстановления нарушенных функций. Таким образом, различные области практического применения теории В. п. ф. подтверждают ее высокую продуктивность и научную значимость.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Вытеснение, подавление, репрессия (позднелат. repressio – подавление) – в психоанализе З. Фрейда активное неосознаваемое действие, процесс и «защитный механизм», обеспечивающие переход из сознания в бессознательное какого-либо содержания и (или) недопущение неосознаваемого влечения до осознания. В. нарушает связь патогенной информации с сознанием.

Согласно З. Фрейду, В. реализуется в виде двух фаз: 1) первичное В. предотвращает первоначальное появление импульса посредством удаления из сознания в бессознательное неприятных воспоминаний, переживаний, неприемлемых желаний и т. д.; 2) вторичное В. обеспечивает удержание в бессознательном различных вытесненных влечений, желаний, стремлений, представлений и т. д. Все вытесненное из сознания в бессознательное не исчезает и оказывает существенное воздействие на состояние психики и поведение человека. Время от времени происходит спонтанное «возвращение вытесненного», которое осуществляется в форме симптомов, снов, видений, ошибочных действий и т. д. З. Фрейд считал теорию В. краеугольным камнем, на котором зиждется все здание психоанализа.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Выученная беспомощность – сформированная убежденность индивида в утрате контроля над самыми жесткими из условий деятельности. Такое состояние замедляет научение или препятствует ему. В ситуации нехватки контроля над обстоятельствами человек перестает стараться влиять на результаты не только в этой, но и в новых ситуациях, где такой контроль возможен. Находясь под воздействием неприятных обстоятельств, он не предпринимает попыток избежать их, хотя избавление или избегание в принципе возможны. С. Майер и М. Селигмен (1976) охарактеризовали три вида дефицита, связанного с такой В. б.: мотивационный, когнитивный и эмоциональный.

Безуспешная попытка противостоять стрессу может привести к отрицательным психологическим и соматическим последствиям для здоровья. В. б. вызывает депрессию у лиц: а) считающих, что их неудачи определяются их собственными недостатками; б) считающих, что их неудачи характерны для любой их жизненной ситуации не только в настоящем, но и в будущем; в) считающих, что они не способны справиться с трудными ситуациями, которые разрешимы для любого другого человека. Термин «В. б.» предложен М. Селигменом для обозначения того факта, что данный вид беспомощности является приобретенным состоянием.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Вязкость патологическая (в психиатрии) – стойкое нарушение ассоциативных и эмоциональных процессов, патологическая черта личности, выражающаяся в общей медлительности (торпидности) психических процессов, пониженной способности к переключению, чрезмерной стойкости эмоциональных переживаний, мелочности, склонности к детализации. Эмоциональный компонент данного расстройства – это эмоциональная ригидность, которая проявляется неутихающим чувством обиды, злопамятностью, невозможностью отвлечься от неприятных переживаний. Мыслительный компонент – это обстоятельность мышления, которая выражается в утрате способности отличать главное от второстепенного. Из-за этого речь больного изобилует несущественными уточнениями, лишними деталями. Общее понимание смысла сказанного затруднено, т. к. больной сопровождает ответ многочисленными ответвлениями от основной идеи (лабиринтное мышление). В. п. наблюдается при различных органических заболеваниях (травмы головы, эпилепсия, сосудистая недостаточность) и рассматривается как стойкое необратимое расстройство.

▸ *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983; *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986

Ю.Г. Тюльпин

Галлюцинации (лат. hallucinatio – бред) – патологическое нарушение перцептивной деятельности, состоящее в восприятии объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств. Г. возникают вследствие непроизвольного, не зависящего от субъекта, проецирования образов вовне и локализации их в пространстве и времени, что ведет к переживанию этих спонтанно возникших в сознании образов как объективно воспринимаемой реальности.

Г. являются важным признаком многих психических заболеваний, но могут возникать и у практически здоровых людей под воздействием сильного эмоционального напряжения или при применении некоторых веществ-галлюциногенов. Паранормальная галлюцинация – образ привидения, духа, живущего или умершего лица, религиозные или мистические видения. Псевдогаллюцинация – проецированный (т. е. находящийся вовне) образ типа галлюцинации, но его субъективность осознается человеком.

Если в образе используется воспринимаемый (обычно искаженный) стимул, то применяют термин «иллюзия». Гипнагогический образ (или гипнагогическая галлюцинация) – проецируемый образ, который выступает так ясно, что возникает ощущение его реальности; появляется неожиданно, когда субъект находится в дремотном состоянии. Если такой образ появляется во время пробуждения от сна, то его называют гипнопомпическим. Он может быть зрительным, слуховым или другой модальности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Гендер (англ. gender – род, пол) – социальный пол индивида в отличие от биологического понимания пола как совокупности морфологических и физиологических особенностей. Термин «Г.» вошел в употребление под влиянием женских исследований, для того чтобы подчеркнуть социальную обусловленность системы половых ролей, социальных функций, понимания того, что есть «мужское» и «женское», причин некоторых психологических особенностей женщин и мужчин (Воронина О.А., Клименкова Т.А. Гендер и культура // Женщины и социальная политика. 1992). Исследование Г. разными науками привело к переосмыслению концепции биологической детерминированности пола. Например, в дифференциальной психологии гендерные исследования позволили раскрыть асимметрию полоролевой социализации, которая предписывает девочкам одни игры (например, в «дочки-матери»), тогда как мальчики более свободны в изучении визуально-пространственных характеристик предметного мира. Гендерные исследования показали, что зачастую психологическая норма базируется на «мужской» модели поведения как иерархически более высокой и социально ценной. Однако в исследованиях этнографов (Мид М. и др.), изучавших общества с различным распределением ролей между мужчинами и женщинами, была показана относительность данной модели и ее социальная обусловленность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.В. Попова

Гендерная идентичность (англ. gender – род, пол; лат. identicus – тождественный, одинаковый) – внутреннее ощущение человеком своей принадлежности к мужскому либо женскому полу.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Гендерная роль – совокупность паттернов поведения, рассматриваемых в той или иной культуре как характерные для мужчин либо женщин.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Гермафродитизм (у человека) (греч. hermaphrodites – животное или человек с признаками мужского и женского пола) – врожденный порок развития, характеризующийся присутствием у субъекта признаков мужского и женского пола одновременно. Термин образован от имени древнегреческого мифологического существа Гермафродита – сына вестника Олимпийских богов, Гермеса, и богини любви и красоты – Афродиты. Юношу необычайной красоты воспитали наяды. По просьбе безответно влюбленной в него нимфы Салмакиды боги слили ее с Гермафродитом в одно существо, оказавшееся таким образом двуполым.

Встречается истинный Г., при котором у одного лица есть половые железы того и другого пола (яичко и яичник), и псевдогермафродитизм, при котором наблюдается несоответствие между половыми железами и вторичными половыми признаками. Синонимы Г.: бисексуализм, андрогиния, двуполость.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.А. Карпенко

Гипермнезия («гипер-» и греч. mnesis — воспоминание, память) — необычное, иногда болезненное усиление возможностей воспоминания. В патологических и пограничных случаях характеризуется удержанием в памяти обилия малосущественных деталей (расписания движения поездов, календарных дат, номеров телефонов и т. п.). Г. не зависит от уровня интеллекта и встречается даже у слабоумных.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Гиперсексуальность — повышение полового влечения (гиперлибидемия) и половой активности. Физиологическая Г. наблюдается в юношеском возрасте, иногда — в начале инволюционного периода («седина в бороду — бес в ребро»), а в течение всей жизни — как проявление сверхсильной половой конституции. Появление Г. в зрелом возрасте бывает симптомом грозных заболеваний: гормонообразующей опухоли половых желез, надпочечников, гипофизарно-гипоталамического комплекса. Описана Г. при некоторых интоксикациях (туберкулезе, приеме одурманивающих средств). Наиболее гротескные формы приобретает Г. в рамках психических заболеваний (эпилепсии, шизофрении, маниакально-депрессивного психоза) — сатириазис у мужчин и нимфомания у женщин. В отдельных случаях больные переезжают из города в город, ежесуточно меняют десятки партнеров, организуют групповые оргии и полностью теряют контроль над своим поведением. Г. нельзя смешивать с сексуальной расторможенностью при олигофрении, старческом слабоумии, дефектных состояниях у психически больных, где нет реального усиления сексуальной энергетики. Г. также отличается от «спортивного» секса с частой сменой партнеров: донжуанизма у мужчин и мессалинизма у женщин, т. к. при Г. чаще наблюдается промискуитет — беспорядочные половые сношения со случайными партнерами, включая гомосексуальные контакты и групповые формы. В последние годы разрабатывается теория сексуальной аддикции (сексаголизма) — неодолимого влечения к сексуальным действиям наподобие алкоголизма или страсти к азартным играм. Феномен аддикции лежит в основе криминальных форм активности (парафилии, сексуальное насилие, инцест) сексуальных маньяков с компульсивными поступками и полным пренебрежением к их последствиям.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
С.Т. Агарков

Гипноза состояние (греч. hypnos — сон) — особое, физиологически свойственное здоровому человеку состояние трансформированного сознания, когда все воспринимающие системы организма загипнотизированного переключаются с восприятия и усвоения объективной реальности на восприятие и усвоение информации, идущей от гипнолога.

Гипноз представляет собой одно из состояний измененного сознания человека. С точки зрения психофизиологии существует два нормальных (непатологических) состояния измененного человеческого сознания — это сон и гипноз. Все остальные состояния измененного сознания (именно с точки зрения психофизиологии) рассматриваются как состояния патологические. К последним относятся сумеречное состояние измененного сознания, онейроидное, эпилептоидное, истерическое и др. (подобные состояния по сути своей, по своему физиологическому и психологическому механизму являются не столько состояниями измененного сознания, сколько болезненными проявлениями сознания, формами его патологии).

Явления сна и гипноза сформировались у живых существ в процессе эволюции и соответствуют нормальным формам их естественного существования. Особенность человеческого гипноза состоит в том, что восприятие и усвоение информации при нем осуществляется не в русле обычной, общеизвестной модели, проходящей по каналам восприятия, а происходит исключительно при воздействии со стороны в качестве внушения (или суггестии). Загипнотизированный не воспринимает окружающую среду, а реагирует, усваивает и действует только в связи с воздействием гипнолога. При

этом резко мобилизуется память загипнотизированного, доходящая в своих проявлениях до степени реагирования, как при реакции на объективно существующие формы воздействия в нормальном состоянии сознания реальных раздражителей. Например, когда загипнотизированному внушают, что он пьет сок, его поведение (процесс гипнотической галлюцинации и реализации внушения) практически полностью воспроизводит истинный процесс питья сока. Он пьет сок «из воздуха», и его глотательные движения, мимика и все поведение абсолютно соответствуют процедуре настоящего употребления сока. Более того, существуют исследования, показывающие, что после этого мнимого питья сока у испытуемого даже увеличивается количество сахара в крови. В некоторых случаях при специально поставленных исследовательских задачах воспроизведение внушенных состояний в гипнозе может во много раз превышать аналогичные формы психологических, поведенческих и физиологических реакций в состоянии бодрствования. Так, во время воспроизведения в состоянии глубокого гипноза явлений внушенной новорожденности возникает не только внешняя имитация соответствующего адекватного поведения новорожденных, но и имеет место подлинное физиологически достоверное воспроизведение этого сложнейшего состояния с иллюстрацией не воспроизводимых в обычном бодрствовании набором симптомов и рефлексов (рефлекс Бабинского, хватательный, сосательный рефлексы, симптом десинхронизированного плавания глаз, характерный для новорожденных плач без слез, соответствующее движение конечностей, свойственная новорожденным невозможность держать голову на весу и т. д.). Вне соответствующих внушений в гипнозе большинство этих симптомов у нормального взрослого человека воспроизвести невозможно. Более того, сам факт такого воспроизведения трактуется не как действительное реальное возникновение детской физиологической симптоматики, а как некое «сверхвоспоминание», проявление «сверхдолговременной памяти» на уровне соответствующего поведения и демонстрации симптомов и рефлексов новорожденности. Подобное экспериментальное исследование является необычайно важным для теоретического понимания природы гипноза.

В настоящее время существует несколько теоретических объяснений гипноза. Основные из них: 1) гипноз является формой сна (Брэд Дж., Павлов И.П., Платонов К.И.); 2) гипноз является состоянием измененного сознания (школа американских исследователей); 3) гипноз является некоторой формой «игры» по типу актерской или своеобразной «симуляцией» в попытке идти навстречу гипнологу, «угодить» ему, не переживая по-настоящему то, что он внушает, делая вид, разыгрывая, симулируя внушаемое состояние (этой концепции придерживалась отечественная специалистка по гипнозу Суслова М.М., американские ученые Орн М., Бабер Т. и некоторые другие).

В оценке феноменологии гипноза также имеет место большой разброс мнений. Так, например, французский невропатолог Ж.-М. Шарко, всю жизнь занимавшийся изучением истерий, считал гипноз формой истерического невроза. И.П. Павлов, занимавшийся проблемой естественного сна и торможения процессов головного мозга, считал гипноз «частичным сном и частичным торможением» коры головного мозга. Физиолог П.В. Симонов, изучавший эмоциональные реакции, полагал, что гипноз представляет собой эффект состояния всеобщей паники: подавления жизненного рефлекса, подавления воли и т. д. Некоторые психиатры на основании возможности внушения гипнотических галлюцинаций считали, что гипноз — это форма психотического состояния.

Анализируя отечественную концепцию, согласно которой гипноз есть частичный сон и частичное торможение коры головного мозга, следует отметить, что современные научные данные говорят о том, что торможение может иметь место только у единичной нервной клетки и невозможно у популяции клеток, тем более у целой коры. Не выдерживает критики также понимание гипноза как частичного сна. Ни в одной из стадий естественного сна не возникало гипнотического контакта при попытке перевести соответствующую стадию сна в гипноз и сохранить ее электроэнцефалографическую неизменность. При организации гипнотического контакта в соответствующей стадии сна человек, оставаясь внешне как бы спящим, электроэнцефалографически пробуждается до состояния альфа-ритма. Это имело место не только в медленноволновых стадиях сна, но и во время сна

парадоксального. При явлениях глубокого гипноза не выдерживает критики и теория игры с «попытками угодить гипнологу», т. к. с этой точки зрения невозможно понять, как при внушении состояния новорожденности у загипнотизированного появляются физиологические эффекты, не воспроизводимые вне гипноза.

Введено понятие о специальном состоянии сознания — «трансформация сознания по гипнотическому типу». Необходимо обратить внимание, что гипноз — это не altered state of consciousness (как бы незначительное состояние измененного сознания на фоне и на уровне бодрствующего сознания). В состоянии глубокого гипноза у наиболее гипнабельных испытуемых (которым, например, можно внушить состояние раннего детства) происходит не какое-то незначительное изменение сознания бодрствования, у них можно сформировать новое состояние сознания — гипнотическое; т. е. речь идет о возможном наличии нового варианта состояния сознания.

В гипнотическом состоянии обычно имеет место комбинация двух вариантов состояний сознания: обычного бодрствования и гипнотического. И оба эти сознания функционируют, взаимодействуют, ослабляют друг друга. В проявлении гипноза можно часто заметить некое пассивное как бы «внутренне неуверенное состояние». С одной стороны, испытуемый чувствует гипнотическую реальность внушаемых переживаний за счет образующегося гипнотического сознания, а с другой стороны, он своим бодрствующим сознанием понимает, что ничего этого нет и что все это — иллюзии, галлюцинация и его воображение. Поэтому ему всегда в этом случае сложно осуществлять какие-то действия. Эти противоречия снимаются в состоянии глубокого гипноза, когда гипнотическое сознание становится безраздельно доминирующим, а бодрствующее сознание практически отсутствует (кроме, как раньше говорили, зоны раппорта).

Существуют три основные стадии вхождения в глубину гипнотического состояния. Первая стадия называется «очарованием», вторая — «каталепсия», третья — «сомнамбулизм». Наиболее известные и более усложненные этапы введения в гипноз были осуществлены Э. Хилгардом, Т. Барбером, А. Катковым и рядом других авторов, которые создавали более детализированные модификации введения в гипноз в связи с экспериментальными психофизиологическими или лечебными, медицинскими задачами.

Само качество глубины гипнотического состояния оценивается, как правило, по тому, что возможно внушить загипнотизированному. На первой стадии удается внушить лишь чувство расслабленности, приятного ощущения покоя, легкости и отдыха. На второй стадии возможно внушение простейших галлюцинаций, например вид, ощущение и запах розы. Третья стадия характеризуется реализацией внушения так называемой вторичной личностью, т. е. возможностью внушения гипнотического образа другого человека (например, внушить, что загипнотизированный — Репин, предложив ему краски и холст). Этот процесс не является феноменом по модели артистической игры, это истинное переживание, когда образ внушенной личности становится для загипнотизированного его собственным самосознанием. В этом состоянии (при определенной методике проведения гипнотического процесса) можно добиться необычайно интенсивной мобилизации творческого процесса в сфере любых форм деятельности; резко улучшается, ускоряется процесс обучения (рисованию, игре в шахматы, игре на музыкальном инструменте и др.).

Процесс медицинского лечебного применения гипноза использовался раньше в основном в пограничной психиатрии при лечении неврозов и невротических реакций. В настоящее время гипноз применяется уже гораздо более широко в любых сферах болезненных состояний и при разных формах патологии. Результаты могут быть различны, но эффект улучшения состояния пациента почти всегда присутствует. Исследования и открытия в этой области продолжаются.

Интересна модель так называемого тактильного гипноза, предложенная В.Л. Райковым, когда процесс исцеления наступает при проведении гипнотических пассов или тактильного прикосновения к очагу болезненного проявления или его проекции. Происходит как бы гипнотический сеанс без вербального внушения (клиент не вводится в классическое гипнотическое состояние).

«Эриксоновский гипноз» можно рассматривать как вариант обычного неглубокого гипноза, который применял еще В.М. Бехтерев в начале XX века.

Технология такого гипноза на протяжении десятилетий постепенно обрастала незначительными привнесениями, порождая новое количество самых разнообразных школ (например, школа Монро). Нейролингвистическое программирование также почти незакамуфлированно использует гипноз.

Следует помнить, что гипноз в лечебных целях обычно применяют специалисты, имеющие базовое медицинское образование, прошедшие постдипломную специализацию по психиатрии и получившие специальную подготовку в области гипноза.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Л. Райков

Гомеостаз — тенденция некоторых переменных величин в биологических системах (например, температуры тела) удерживать свое значение в узких пределах.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Гомосексуальность (гомосексуализм) (греч. homos — тот же самый, такой же и sexus — пол) — многозначный термин, введенный в 1869 г. венгерским врачом К.М. Бенкертом (Benkert), писавшим под псевдонимом Кертбени (Kertbeny), и обозначающий: 1) однополую любовь, гомоэротизм, сексуально-эротическое влечение к лицам собственного пола; 2) соответствующее сексуальное поведение; 3) свойства индивидов, носителей данной сексуальной ориентации.

Единой, общепринятой теории Г. не существует. Г. — многомерное и многофакторное явление, в нем выделяют (Ф. Клайн [Klein]) ряд автономных параметров: 1) сексуальное влечение (предпочитаемый пол сексуальных партнеров); 2) сексуальное поведение (пол реальных сексуальных партнеров); 3) эротические фантазии; 4) эмоциональные предпочтения (с лицами какого пола индивид предпочитает общаться); 5) социальные предпочтения (с кем он фактически проводит больше времени); 6) самоидентификация (как он определяет свою сексуальную идентичность); 7) стиль жизни (мера включенности личности в ту или иную субкультуру). Поскольку эти параметры могут не совпадать друг с другом и по-разному проявляются на разных стадиях жизненного пути, однозначное разделение индивидов на гетеро-, гомо- и бисексуалов, как и их количественный подсчет, весьма проблематичны.

Однополая любовь существует во всех человеческих обществах, но символизируется по-разному. Средневековое христианство считало мужеложство (содомию) смертным грехом, неназываемым пороком. В Новое время она стала уголовным преступлением, которое каралось смертью или длительным тюремным заключением. Женская Г. (лесбиянство) наказывалась мягче, поскольку мужчины-законодатели не принимали ее всерьез. В XIX в. Г. стали считать неизлечимым половым извращением, психической болезнью. Однако во многих других обществах, например в античной Греции, к ней относились терпимо. Кое-где, например на Новой Гвинее, сексуальные контакты между мужчинами и мальчиками даже институционализировались как элемент подростковых инициаций и как способ передачи мальчику силы и мужества взрослого мужчины.

В прошлом в тоталитарных государствах гомосексуалы (привычное русское слово «гомосексуалист» не имеет «гетеросексуального» эквивалента, по той же причине термин «Г.» точнее «гомосексуализма») подвергались жестоким преследованиям. В настоящее время во многих странах Г. легализована, дискриминация людей в зависимости от их сексуальной ориентации осуждается. Геи (современное самоназвание мужчин-гомосексуалов), лесбиянки и бисексуалы имеют собственную субкультуру, общинную жизнь и политические организации. Тем не менее гомофобия, т. е. иррациональный страх и ненависть к гомосексуалам, весьма живуча; социально-психологически она связана с общей социальной нетерпимостью, сексуальной тревожностью, сексизмом и сексуальным невежеством. На индивидуально-психологическом уровне гомофобия часто является средством мимикрии, психологической самозащиты против собственных неосознанных или неприемлемых гомоэротических чувств. Современная сексология не считает Г. ни извращением, ни болезнью. Американская психиатрическая ассоциация уже в 1973 г. исключила Г. из своего списка диагнозов.

Согласно новейшим данным, исключительная, постоянная Г. в значительной степени обусловлена генетически. Однако баланс гетеро- и гомосексуальных влечений и контактов личности зависит

также от особенностей индивидуального развития. Многие гомосексуалы имели в детстве проблемы с полоролевым поведением, играли «не в те» игры, «не с теми» партнерами и т. п., некоторые подверглись развратным действиям со стороны взрослых (имеющих с ними одинаковый биологический пол); не исключено и воздействие «моды» на однополые сексуальные отношения и толерантность к ним общества.

По мнению специалистов, общее число людей, ведущих более или менее регулярный гомосексуальный образ жизни, значительно меньше полученных А. Кинзи (Kinsey) 10 % и не превышает 5–6 % у мужчин и 2–3 % у женщин; однако данные разных исследователей сильно расходятся, это зависит как от особенностей выборки, так и от методов исследования (массовые социологические анкеты, как правило, дают более низкие показатели, чем детальные клинические интервью).

Психическое состояние геев и лесбиянок и их потребность в медико-психологической помощи зависит не столько от их сексуальной ориентации, сколько от отношения к ним окружающих и от их собственного самосознания. В обстановке враждебности, вынужденные подавлять и скрывать свои чувства, они часто становятся жертвами неврозов. Особенно трудно переживают осознание своей психосексуальной необычности подростки и юноши, это одна из существенных причин подростковых самоубийств. В более терпимой обстановке человеку легче принять себя, открыться и найти приемлемый для себя и для общества стиль жизни; психотерапевтическая помощь в этих случаях состоит не в изменении сексуальной ориентации (которое возможно лишь в редких случаях), а в том, чтобы помочь человеку осознать и принять себя.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.С. Кон

Горе — универсальное сложное человеческое переживание, связанное с утратой объекта любви или привязанности; это эмоциональная реакция на утрату (утрата может быть временной или постоянной, реальной или воображаемой, физической или психологической — утрата любимого человека, утрата тех или иных привлекательных качеств в самом себе, позитивного отношения к себе, самоуважения, утрата материальных ценностей, утраты, сопровождающие процесс роста и развития и др.) (Изард К.Э., 2009). Доминирующей эмоцией в Г. является печаль (базовая эмоция, переживается как грусть, хандра, уныние, доставляет боль), она взаимодействует с другими эмоциями (страхом, гневом, виной, стыдом), зависит от прошлого опыта человека и ситуации, сложившейся на момент утраты. Переживание Г. объединяет и сплачивает людей, имеет адаптивно-биологическое значение, важное значение и для психологической адаптации человека. Социокультурные факторы влияют на интенсивность переживания Г. и на его продолжительность (так, важной культурной детерминантой Г. является утрата роли). Переживание Г. — это всегда стресс, побуждает человека к восстановлению личностной автономии, мотивирует восполнить понесенную утрату, побуждает в людях сострадание и желание прийти на помощь страдающему, сообщает другим, что он любящий человек. В случае особенно сильного переживания, Г. может стать причиной болезни или смерти скорбящего человека. Индикаторами того, что переживающий Г. нуждается в помощи, являются устойчивость появившихся соматических и психических симптомов и степень страдания (период неосложненного горевания обычно занимает от одного до двух лет).

В период кризиса Г. человек проходит путь от отрицания до принятия Г. Сразу после утраты его охватывает паника (симптомы: прерывистое дыхание, ком в горле, потребность вздыхать, мышечная слабость и потеря аппетита). Затем эти реакции сменяются шоком и оцепенением. Отрицание, смягчая шок, помогает понемногу принять ужасную правду; разновидность отрицания — расщепление (психологический механизм, позволяющий одной части разума знать об утрате, тогда как другая отрицает ее). Когда шок проходит, человек начинает осознавать реальность; уговоры предполагают большую степень признания утраты, но сопротивление еще сохраняется, способствуя заключению внутренней сделки, попытке обмануть судьбу. Обвинение себя и других указывает на определенную стадию горевания; некоторое количество гнева является здоровым показателем, что человек начинает воспринимать факты такими, какие они есть. Когда кризис подходит к концу, отрицание и расщепление постепенно уходят. Э. Линдеманн (Lindemann E.,

1944) описал синдром острого Г., есть описания и хронического Г.

▸ *Волкан В., Зинтл Э.* Жизнь после утраты: психология горевания / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2014; *Изард К.Э.* Психология эмоций. СПб.: Питер, 2009

Н.Д. Творогова

Госпитализм (лат. hospitalis – гостеприимный; госпиталь – лечебное учреждение) – в буквальном смысле совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома. Понятие «Г.» ввел в оборот австро-американский психоаналитик Р. Спитс в 1945 г., исследовавший его причины, проявления и последствия у младенцев и детей, долго находившихся в больницах. По Р. Спитсу, Г. младенческого и детского возраста обусловливается преимущественно разлукой с матерью. К симптомам Г. Р. Спитс относил замедление психического и физического развития, отставание в овладении собственным телом и языком, пониженный уровень адаптации к окружению, ослабленную сопротивляемость инфекциям и т. д. Последствия Г. у младенцев и детей являются долговременными и зачастую необратимыми. В тяжелых случаях Г. приводит к смерти. Явления Г., по Р. Спитсу, возникают также в различных заведениях, где уход за детьми и их воспитание осуществляются при полном или частичном отсутствии матери и в условиях семьи, где матери не любят своих детей или не уделяют им должного внимания. Г. взрослых людей характеризуется социальной дезадаптацией, утратой интереса к труду и трудовых навыков, уменьшением и ухудшением контактов с окружающими, тенденцией к хронификации заболевания и другими проявлениями.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Графомания (греч. grapho – пишу и mania – страсть, влечение) – непреодолимая страсть к сочинительству у человека, лишенного необходимых для этого способностей.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Петровский

«Двойная связь» – противоречие между идущими от одного субъекта разноуровневыми сообщениями, с учетом того, что любое общение может осуществляться разнообразными способами и на разных уровнях (уровень вербального текста, уровень телесной экспрессии и пр.). Теория двойной связи (double-bind theory) – концептуальная модель, предложенная Г. Бейтсоном в 1956 г. и развитая исследовательской группой Института ментальных исследований г. Пало-Альто, объясняющая манифестацию и развитие шизофрении особенностями общения в семьях.

В нормальной ситуации противоречие в коммуникации отслеживается общающимися, и у них есть принципиальная возможность выйти на метауровень и обсудить правила своих коммуникаций. Но в семьях, в которых у детей обнаружена шизофрения, обращение к метауровню обычно запрещено и негативно санкционируется. Бейтсон приводит такой пример. Мать при посещении своего сына-шизофреника в клинике в ответ на его радость сначала выражает на невербальном уровне (мимикой и жестами) негативное отношение к нему, т. к. ей неприятно быть вместе с ним. Но когда он вполне адекватно реагирует на это разочарованием и снижением настроения, она начинает – уже на уровне вербальных реакций – упрекать его за то, что он не хочет помочь врачам в своем излечении и остается скованным и лишенным эмоциональности. При этом все возможные упреки сына по поводу ее собственной неискренности будут восприниматься ею как проявление его умственной неполноценности («шизофреногенная мать» – мать, форма общения которой с ребенком провоцирует проявление у него психического заболевания). Невозможность ребенка разобраться, как отнестись к данной противоречивости, обусловливает, по мнению авторов, уход в болезнь, в которой наилучшей стратегией становится «девальвирование» продуктов собственного восприятия, что характерно для шизофрении.

В современной семейной терапии понятие «Д. с.» описывает такой вид коммуникации, в процессе которой «значимый другой» (например, родитель) передает человеку одновременно два сообщения, одно из которых отрицает другое. При этом индивид не имеет возможности высказываться по поводу полученных им сообщений, чтобы уточнить, на какие из них он должен реагировать, поэтому

постоянно пребывает в состоянии неуверенности и одновременно не может выйти из ситуации, в которую попал.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Дебильность (лат. debilis – слабый, неспособный) – устаревший термин (чаще используется термин «легкая умственная отсталость»), обозначает легкую степень олигофрении, характеризуемую примитивностью суждений и умозаключений, недостаточной дифференциацией эмоций, ограниченностью возможности обучения, сниженной социальной адаптацией. Д. является следствием нарушения развития головного мозга (особенно коры больших полушарий) в результате воздействия на зародыш во внутриутробном периоде различных неблагоприятных факторов. Частая причина возникновения Д. – злоупотребление будущей матерью алкоголем в период беременности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Девиантное поведение (в клинической психологии) (англ. deviation – отклонение) – система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам (правовым, этическим, эстетическим) и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушения процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.

Д. п. может развиваться как по психологическим, так и по психопатологическим механизмам. Выделяются социальный, психологический, психиатрический, этнокультуральный, возрастной, гендерный, профессиональный и феноменологический подходы к оценке Д. п. Социальный базируется на представлении об общественной опасности поведения человека, акцент поставлен на выявлении социально неодобряемых стандартов поведения, конфликтности, нонконформизме. Психологический подход рассматривает Д. п. в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности. Сутью диагностики Д. п. становятся факты блокирования личностного роста и «деградации личности». В рамках психиатрического подхода Д. п. расценивается в качестве донозологических психических расстройств; под девиациями при этом понимаются не достигшие патологической выраженности психопатологические и поведенческие симптомы или синдромы. Этнокультуральный подход подразумевает, что девиации следует рассматривать сквозь призму этнокультуральных стереотипов поведения; существенным признается учет этнических, национальных, расовых, конфессиональных особенностей человека. Возрастной подход рассматривает Д. п. с позиции возрастных особенностей и норм. Поведение, не соответствующее возрастным шаблонам и традициям, признается отклоняющимся. Гендерный подход исходит из представления о существовании традиционных полоролевых стереотипов поведения; Д. п. в рамках данного подхода считается гиперролевое поведение и инверсия шаблонов гендерного стиля. Профессиональный подход в оценке поведенческой нормы и девиаций базируется на представлении о существовании профессиональных и корпоративных стилей поведения и традиций. Научно обоснованным следует признать феноменологический подход, позволяющий учитывать комплекс перечисленных факторов и подходов и использующий феноменологическую психолого-психиатрическую диагностическую парадигму.

Выделяют следующие типы Д. п., различающиеся механизмами формирования: делинквентный, аддиктивный, патохарактерологический, психопатологический. Делинквентный тип характеризуется осознанным противостоянием личности существующей реальности и проявляется в противоправном поведении в виде совершения преступлений и проступков, что делает его предметом изучения в социальной психологии. Аддиктивный тип Д. п. проявляется в стремлении ухода от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема психоактивных веществ или фиксацией внимания на отдельных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций; преобладающей является гедонистическая мотивация поведения. Патохарактерологический и психопатологический типы Д. п. базируются на поведенческих и психических расстройствах и являются отражением «болезненного противостояния» личности и реальности, искаженно воспринимае-

мой в связи с психической патологией. Тип Д. п. на базе гиперспособностей нередко характеризуется игнорированием реальности. Девиантным может выглядеть поведение людей, чья одаренность существенно отличает их от окружающих.

Д. п. проявляется в агрессивной или аутоагрессивной форме, в виде зависимости от психоактивных веществ, нарушений пищевого поведения, сексуальных нарушений, сверхценных психологических и психопатологических увлечений (в частности, в настоящее время в форме интернет-зависимости, фанатизма и др.), коммуникативных девиаций (например, аутистическом поведении), безнравственном и аморальном поведении, девиациях стиля поведения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Д. Менделевич

Дезадаптация сексуальная – обобщающий термин для обозначения грубых искажений сексуального стереотипа, ведущих к неудовлетворенности у одного или обоих партнеров или дисгармонии отношений между ними.

Изначальная невозможность нормальной половой жизни обозначается как инадаптация (например, при вагинизме), трудные и сложные пути достижения обоюдной разрядки – как гипоадаптация (например, при преждевременном семяизвержении), а распад ранее нормального стереотипа – как дисадаптация (например, при алкоголизме или наркомании у одного из партнеров). Если Д. с. диссимулируется, т. е. скрывается одним из партнеров, используется понятие псевдоадаптации (например, инсценировка женщиной отсутствующего оргазма); при вынужденном использовании экзотических форм сексуальной активности можно говорить о параадаптации (например, при групповом сексе, серьезных садомазохистических программах и прочих отклоняющихся тенденциях). Для обозначения трудностей после длительных перерывов в сексуальных отношениях или возникших под давлением прежних стереотипов используется понятие реадаптации.

Если оба партнера формально здоровы и проблемы сексуальной адаптации вызваны преимущественно психологическими факторами (семейные и религиозные традиции, недостаток внимания друг другу, конфликтные межличностные отношения или элементарное невежество), используется термин «сексуальная дисгармония», а само сексуальное расстройство расценивается как мнимое.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Деиндивидуация (лат. de – приставка со значением «отсутствие», «уничтожение» и individuum – неделимое) – состояние, находясь в котором человек теряет представление о самом себе как отдельной личности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Деменция (лат. de – прекращение, отрицание чего-либо и mens, mentis – ум, разум) – потеря интеллектуальной способности до такой степени, что становится невозможным нормальное выполнение социальных и профессиональных функций. Термин предназначен для обозначения многофункциональных расстройств, при которых происходит потеря памяти, способности к рассуждению и других высших психических процессов. Обычно эти нарушения когнитивных процессов сопровождаются изменениями личности и способов социального взаимодействия. Некоторые авторы используют этот термин для обозначения прогрессирующих синдромов (подразумевается необратимость Д.), другие авторы нейтральны в отношении прогноза. Выделяют Д. врожденную и приобретенную. Врожденная Д. – это общая, выраженная в разной степени умственная отсталость (недоразвитость психики), обусловленная нарушением раннего онтогенеза. Это стабильное состояние, для которого не свойственно дальнейшее углубление недостаточности психической деятельности. Приобретенная Д. возникает в результате прогрессирующих психических заболеваний или патологического поражения центральной нервной системы (например, при атеросклерозе сосудов головного мозга). При прогрессировании Д. может достигнуть завершающей стадии распада психической деятельности – маразма. При описании Д. используется иногда определяющий

термин для идентификации предполагаемой причины (деменция сосудистая, алкогольная и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Деменция и олигофрения (в психиатрии) — формы расстройства интеллекта, при которых способность к высокоразвитому абстрактному мышлению утрачивается в результате болезни (деменция) или не формируется с детства (олигофрения). Характерны уменьшение словарного запаса (олигофазия), плохое понимание смысла происходящего, неумение отличить существенное от второстепенного (вязкость патологическая), часто низкая способность к запоминанию. В общении с подобными пациентами следует избегать употребления абстрактных понятий. При сообщении важной информации не следует доверять их простому утверждению, что они поняли ваши слова, лучше попросить повторить их, попросить объяснить, что именно они понимают. Некоторые инструкции можно записать, однако это тоже не гарантирует того, что они будут вовремя прочитаны, поняты и выполнены. Требуется напоминание и повторение сказанного. Раздражение по поводу забывчивости пациента неуместно и свидетельствует о невыдержанности и непрофессионализме собеседника.

▸ *Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В., Зорина С.В.* Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития: учеб. пособие для студентов вузов. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2004; *Стюарт-Гамильтон Я.* Психология старения / Пер. с англ. А.М. Дмитриевой. СПб.: Питер, 2002; *Шахматов Н.Ф.* Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1996

Ю.Г. Тюльпин

Деперсонализация (лат. de — приставка со значением «отсутствие», «уничтожение» и persona — личность) — 1) тенденция индивидов определять себя не как разных индивидов, а как членов конкретной социальной категории; 2) по мнению экзистенциалистов, термин используется для характеристики чувства потери себя или личностной идентификации, не подразумевает патологии; 3) в психиатрии это эмоциональное расстройство, при котором отмечается потеря связи с действительностью, дереализация, сопровождаемая чувством отчужденности и нереальности переживаемого опыта; для того чтобы в этом случае подчеркнуть психопатологическое расстройство, используется термин «невроз деперсонализации». Д. как патологическое состояние вызывается экзогенными либо эндогенными факторами. Возникновению Д. могут способствовать эмоциональное перенапряжение, органические поражения центральной нервной системы, интоксикации и пр., а также психические заболевания. Вероятность Д. в большой степени зависит от личностных особенностей (инфантилизм, шизоидная личность, склонность к постоянному самоанализу и т. д.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Депрессия (лат. depressio — подавление, угнетение) — 1) настроение, характеризуемое ощущением неадекватности, чувством отчаяния, уменьшением активности или реактивности, пессимизмом, печалью и связанными с этим симптомами; нормальное, относительно непродолжительное и частое явление; 2) психическое расстройство, главными признаками которого являются стойкое длительное (не менее двух недель) снижение настроения, чувство тоски, ощущение бесперспективности. Как правило, сопровождается двигательной заторможенностью (иногда возбуждением), замедлением мышления, тревогой, идеями самообвинения, расстройством сна (раннее утреннее пробуждение), нарушением аппетита, снижением либидо. Характерно нежелание общаться и принимать помощь от окружающих. У некоторых больных на первый план выступают жалобы на нарушение физического здоровья (потеря веса, запор, артериальная гипертония, сердцебиение, боли в груди, голове, животе, суставах или спине). Встречаются как чрезвычайно тяжелые (меланхолия), так и относительно легкие (дистимия) варианты. Тяжелая Д. представляет большую опасность в связи с высокой вероятностью суицида. Д. не считается самостоятельным заболеванием, а выступает как проявление многих психических болезней (маниакально-депрессивный психоз, шизофрения, интоксикации, алкоголизм, болезни, вызванные психической травмой и пр.). Примерно в равных долях наблюдаются случаи Д., связанные со стрессом, тяжелой психиче-

ской утратой (реактивная Д.) и возникающие беспричинно на фоне полного психологического комфорта (эндогенная Д.). В любом случае Д. рассматривается как весьма благоприятное расстройство, т. к. хорошо поддается лечению, иногда проходит самопроизвольно. Эндогенная Д. склонна к повторным приступам. Для лечения используют психотропные средства (антидепрессанты), электросудорожную терапию и психотерапию. В соответствии с законом РФ диагностика и лечение (психотерапия) психического расстройства проводятся под контролем врача-психиатра.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.Г. Тюльпин

Депривация (клинический аспект) (лат. deprivatio – потеря, лишение чего-либо) – обозначает: 1) потерю, удаление от какого-то желаемого объекта или человека; 2) состояние потери, при которой социальные связи оказываются разорванными; 3) лишения из-за недостаточного удовлетворения какой-либо важной потребности.

В настоящий период под психической Д. чаще понимается психическое состояние, возникающее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) потребностей в течение достаточно длительного времени.

Термин стал широко известным благодаря Дж. Боулби, который считал, что дети, лишенные материнской заботы и любви в раннем детстве (депривированные дети), испытывают задержку в эмоциональном, физическом и интеллектуальном развитии. Наименование «скрытая» или «замаскированная» Д. используется для ситуации, в которой не произошло прямой разлуки матери с ребенком, однако их отношения по какой-либо причине обеднены и неудовлетворительны.

Существует пищевая Д. (лишение пищи), двигательная Д. (ограничение двигательной активности), сенсорная Д. (ограничение сенсорных впечатлений), интеллектуальная Д. (недостаток стимулов, которые упражняют развитие умственных способностей), эмоциональная Д. и пр. Эмоциональная Д. играет существенную негативную роль в развитии госпитализма.

Д. может развиваться при следующих условиях: а) экстремальная изоляция экспериментального типа – например, помещение исследуемых в изолированную от внешней среды кабину на несколько дней; б) экстремальная социальная изоляция – например, длительное одиночное заключение; в) длительное пребывание в больнице, бедный психический климат в среде, недостаток человеческого внимания, недостаток эмоционального проявления со стороны персонала. При возникновении депривационной ситуации отсутствует возможность удовлетворения важных потребностей человека (иногда используют понятия «педагогический дефицит», «игровой дефицит»).

Различают две степени серьезности состояния потери, лишения: 1) психическое истощение; 2) уже явное болезненное изнурение. При Д. возможны психические изменения, которые рассматриваются как проявление регресса высшей нервной деятельности: возврат к предыдущему этапу своего развития, утрата некоторых вновь приобретенных навыков. С эмоциональной стороны: 1) депрессия; 2) шумный, злобный протест; 3) аутизм, замкнутость; 4) трудности адаптации к среде; 5) состояние отупения, которое иногда имеет выраженные моторные проявления регрессивного характера (например, монотонные, стереотипные движения).

Наличие депривационного опыта свидетельствует о том, что человек подвергался ранее депривационной ситуации и что в следующую депривационную ситуацию он будет вступать с несколько видоизмененной, более чувствительной или, напротив, более «закаленной» психологической структурой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Дереализация (лат. de – отрицание чего-либо и realis – вещественный) – изменение восприятия человеком окружающей среды с ощущением того, что он каким-то образом потерял с ней контакт.

Д. обычно является составной частью деперсонализации. В отличие от галлюцинации при Д. может сохраняться адекватная оценка происходящего.

Д. наблюдается при некоторых психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия), сосудистых заболеваниях, опухолях и травмах головного мозга

и др., а также часто возникает при наркотических интоксикациях, передозировке некоторых фармакологических препаратов (барбитураты) и т. д.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Деструкция, деструктивность (лат. destructio — разрушение) — 1) в широком смысле — разрушение, нарушение нормальной структуры чего-либо; уничтожение; 2) в узком смысле — ингредиент(ы) и направленность психики и поведения человека на разрушение объектов и субъекта.

Стартовые представления о наличии у человека неких компонентов и сил, направленных на разрушение внешних объектов и самого себя, были сформулированы в мифологии, религии и философии древнего мира и получили некоторое развитие в философии и психологии последующего времени. Актуализация проблемы Д. произошла в XX в. в связи с созданием глубинной психологии, разработкой комплекса психоаналитических проблем и различными социальными катаклизмами. В психоаналитической системе координат идея человеческой Д. выдвигалась с начала XX в. и развивалась в различных формах рядом теоретиков и практиков, в том числе А. Адлером, К. Юнгом, Э. Блейлером, О. Гроссом, В. Штекелем, С. Шпильрейн, З. Фрейдом, Э. Вейссом, П. Федерном, В. Райхом, Э. Фроммом и др.

В контексте психоанализа Д. объединяет внутреннее содержание психической сферы, а также поведенческие феномены, проявляющиеся в фантазийной или реальной агрессивной направленности на разрушение объектов и (или) субъекта.

А. Адлер выдвинул идею о наличии у человека «агрессивного влечения». К. Юнг отмечал, что «либидо имеет две стороны: это сила, которая все украшает и, в зависимости от обстоятельств, все разрушает» (Юнг К. «Либидо. Его метаморфозы и символы»). Э. Блейлер сформулировал мысль и концепцию об амбивалентной природе человеческих чувств. В. Штекель ввел в оборот представление о биполярной природе человека; он же показал, что в человеке существует желание умереть, выступающее в виде противоположности желанию жить, лежащему в сущности сексуального инстинкта (Штекель В. «Язык сновидений»), и использовал понятие «Танатос» для обозначения инстинкта (влечения) смерти.

Первой специализированной психоаналитической работой, посвященной именно проблеме Д., стала статья С. Шпильрейн «Деструкция как причина становления» (1912), подготовленная ею на основе доклада, сделанного на заседании Венского психоаналитического общества (1911). Опираясь на результаты собственных клинических исследований и разнообразные многочисленные примеры, С. Шпильрейн утверждала, что деструктивные компоненты являются неотъемлемой составной частью сексуального инстинкта. В конечном счете эта идея оказала определенное влияние на завершение классической психоаналитической картины природы и сущности человека.

В учении З. Фрейда инстинкт (влечение) смерти (к смерти) (к Д., агрессии, ненависти, уничтожению, разрушению, убийству) трактовался как один из двух основных человеческих инстинктов, противостоящий Эросу (инстинкту жизни, сексуальности и самосохранения). По З. Фрейду, инстинкт Д. работает в каждом живом существе и стремится привести его к распаду, вернуть жизнь в состояние «неживой материи» (он назван «инстинкт смерти», в то время как эротические влечения представляют собой стремление к жизни). Инстинкт смерти становится инстинктом Д., когда он направлен вовне, на объекты с помощью специальных органов; живое существо сохраняет свою собственную жизнь, разрушая чужую. Но часть инстинкта смерти остается деятельной внутри живого существа, и прослежено достаточно большое число нормальных и патологических проявлений направленного внутрь инстинкта Д. (Фрейд З. «Психоанализ. Религия. Культура»). В одной из последних работ З. Фрейда — книге А. Эйнштейна и З. Фрейда «Почему война?» (1933) — психоаналитическое понимание Д. изложено следующим образом: «Влечения человека бывают... нацеленные на разрушение и смерть (мы называем их влечением агрессивным, или деструктивным)». Попытки развить представления З. Фрейда о существовании инстинкта (влечения) смерти (Д.) привели Э. Вейсса и П. Федерна к идее о наличии особой энергии этого влечения: деструдо (по Э. Вейсу оно по сути своей аналогично либидо, но противоположно ему по направленности и функциям) и мортидо (по

П. Федерну), которая не получила значительного развития в силу того, что признание деструдо или мортидо автоматически предполагало сомнительное утверждение об одновременном наличии у человека различных психических энергий.

Развивая представления о Д. и ее энергетической основе, В. Райх утверждал связь Д. с застойным состоянием сексуальности и отметил существование возможности взаимопревращения Д. и генитальной энергии.

Наиболее подробно и систематически идеи о человеческой Д. были разработаны Э. Фроммом. В книге «Анатомия человеческой деструктивности» он утверждал, что проблема Д. является одной из «наиболее важных» теоретических и практических проблем, которую необходимо исследовать с глобальных позиций. Согласно Э. Фромму, «история человечества дает картину невероятной жестокости и Д., которая явно во много раз превосходит агрессивность его предков. Можно утверждать, что в противоположность большинству животных человек – настоящий «убийца»». Принципиально важным положением концепции Д. Э. Фромма является утверждение, согласно которому «Д. и жестокость – это не инстинктивные влечения, а страсти, которые корнями уходят в целостную структуру человеческого бытия. Они относятся к разряду тех возможностей, которые придают жизни смысл; их нет и не может быть у животного, ибо они по природе своей коренятся в «человеческой сущности...» Главная проблема состоит в том, чтобы выяснить, насколько специфические условия существования человека ответственны за возникновение у него жажды мучить и убивать, а также от чего зависит характер и интенсивность удовольствия от этого». Э. Фромм полагал, что Д. существует и проявляется в основном в двух формах: спонтанной (обеспечивающей сохранение дремлющих деструктивных импульсов – преимущественно оборонительного характера – и их активацию при чрезвычайных обстоятельствах) и личностной (постоянно присущих конкретному индивиду деструктивных черт характера, сопряженных со всей структурой его личности). На основе многомерного исследования агрессии и Д. Э. Фромм выделил различные симптомы и типы агрессии и Д. (доброкачественные и злокачественные) и показал, что «основой самой злокачественной Д. и бесчеловечности» (т. е. жестокости, садизма и некрофилии) и одновременно «наиболее тяжелым патологическим состоянием» является «синдром распада».

В большинстве случаев понятия «деструктивность» и «агрессивность» объединяются, хотя более точным было бы соотносить Д. с психическими процессами, включая саморазрушительные, а агрессивность – с поведенческими феноменами, направленными на внешние объекты (М.М. Решетников).

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

В.И. Овчаренко

Дизартрия (в нейропсихологии) (греч. dys – приставка, означающая расстройство, и arthroo – членораздельно произношу) – нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражений заднелобных и подкорковых отделов мозга. При Д., в отличие от афазии, ограничена подвижность органов речи (мягкого нёба, языка, губ), вследствие чего затруднена артикуляция. При Д., в отличие от моторной афазии, письмо сохранено.

У взрослых Д. не сопровождается распадом речевой системы: нарушениями восприятия речи на слух, чтения и письма. В детском возрасте Д. нередко приводит к нарушению произнесения слов и, как следствие, к нарушениям чтения и письма, а иногда к общему недоразвитию речи.

Недостатки речи при Д. могут быть исправлены с помощью логопедических занятий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Диморфизм половой (в клинической психологии) (греч. di(s) – дважды и morphe – форма) – результат половой дифференциации; весь комплекс различий в морфологии, физиологии, психологии, социальных ролях мужчин и женщин. В сфере сексуальности эти различия состоят в следующем: 1) большинство сексуальных расстройств у женщин не препятствует интимной близости; 2) женская сек-

суальность отличается большей избирательностью и индивидуальностью; 3) женская сексуальность постепенно пробуждается к зрелому возрасту и у многих женщин остается неразбуженной; 4) экстрагенитальные эрогенные зоны играют у женщин большую роль, чем у мужчин, и иногда доминируют над генитальными; 5) оргазм у женщин наступает не всегда, возможно удовлетворение без оргазма; 6) после полового акта у женщин отсутствует стадия невозбудимости, возможны повторные оргазмы; 7) для женской сексуальности характерны циклические подъемы и спады, связанные с менструациями и деторождением; 8) в климактерическом периоде часто наблюдается не спад, а возрастание сексуальности.

Основное правило Д. п. гласит, что при наличии эволюционных различий в проявлениях какого-либо признака у мужчин и женщин вектор его изменений всегда направлен в мужскую сторону. Следуя ему, надо ожидать возрастания сексуальной активности женщин, увеличения числа внебрачных связей по их инициативе, более раннего пробуждения сексуальности у женщин в перспективе.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Дисбаланс деятельности и созерцания – одна из возможных причин неблагоприятных психических и иных последствий. Деятельность как систематически осуществляемая, сознательная, целенаправленная активность личности при ряде внешних условий и внутренних (характерологических, мотивационных и др.) особенностей может вызывать эмоциональное выгорание, профдеформацию и т. д.

Созерцание рассматривается как нетождественное восприятию, вниманию, воображению, инсайту, медитации и т. д., не вполне осознаваемое психическое явление, актуализируемое в формах процесса, состояния и свойства, личности-индивидуальности (Акопов В.Г.).

Принятие взаимодополнительности деятельности и созерцания решает проблему дискретности-континуальности психического как процесса (Брушлинский А.В.), а также дихотомизма (оппозиции) осознаваемого и бессознательного, что позволяет конструировать комплексные практики необходимого психологического воздействия (профилактики).

Созерцание как «точка подвеса», «зазор» (Мамардашвили М.К.) в сменах деятельности, «пауза» в текучке дел и забот (Померанц Г.С.), будучи осознаваемым неэмоциональным состоянием или процессом, способствует вызреванию, трансформации, смене микро-, мезо- и макросмыслов жизнедеятельности человека.

Доминирование (дисбаланс) той или иной формы жизнедеятельности (деятельностный/созерцательный типы личности) в течение длительных временных периодов определяют предпосылки субъективного неблагополучия, профзаболеваний, депрессий, социальных девиаций, аддикций и др.

▸ *Акопов Г.В.* Созерцание как предмет психологических исследований // Созерцание как современная научно-теоретическая и прикладная проблема / Отв. редактор Г.В. Акопов. Самара: ПГСГА, 2011. С. 36–43; *Померанц Г.С.* Пауза созерцания // Дружба народов [Электронный ресурс]. 2002. № 2. URL: http//magazines.russ.ru/druzhba/2002/2/pom.html (дата обращения: 30.06.2013)

Г.В. Акопов

Дискалькулия (лат. dis – отделение и calculia – счет) – недоразвитие способности к вычислительным операциям, патологическая затрудненность при их выполнении. Частота встречаемости Д. в школьной популяции составляет примерно 5 %. Д. встречается одинаково часто среди представителей обоих полов.

Выделяется два основных типа неспособности к вычислениям в зависимости от степени недоразвития и возраста, в котором она проявилась: акалькулия и Д. Под акалькулией обычно понимаются трудности, приобретенные во взрослом возрасте человеком, который ранее не испытывал никаких трудностей при выполнении вычислительных операций и который сохраняет общие умственные способности. Акалькулия часто сопутствует сложным неврологическим заболеваниям (например, болезни Альцгеймера). Приобретенная, или посттравматическая, акалькулия является приобретенной неспособностью к вычислениям, развивающейся в результате травмы головного мозга, произошедшей на фоне нормальных общих математических способностей. Под Д. обычно понимается специфическая форма неспособности к обучению, а именно неспособность к математике, являющаяся характеристикой развития ребенка. В этиологии Д. важную

роль играет нарушение функционирования систем головного мозга (преимущественно левого полушария), результатом которого является недоразвитие вычислительных способностей.

Согласно современному представлению о Д., по крайней мере некоторые из ее форм имеют генетическую этиологию. Результаты выполнения вычислительных операций ребенком, страдающим Д., значительно ниже уровня, характерного для его возраста. Расстройства как взрослого, так и детского возрастов характеризуются трудностями счета и другими отклонениями, включающими неспособность идентифицировать и выполнить некоторые арифметические операции (например, сложения или вычитания) и неспособность правильно идентифицировать цифру и ее символику (значение).

Арифмерия (неспособность оперировать числами) представляет собой расстройства, развивающиеся при отсутствии нарушений восприятия. Этот подтип описывает узкий круг расстройств, связанных с нарушением процессуальных вычислительных способностей. Цифровая алексия (неспособность распознавать цифры) диагностируется у людей, не имеющих возможности правильно опознавать или записывать цифры. В большинстве случаев цифровая алексия сопровождается словесной алексией (неспособностью распознавать буквы). Цифровая алексия также известна под названием «афазическая акалькулия».

Пространственная акалькулия характеризуется затруднениями, возникающими у человека при восприятии или зрительной организации арифметических проблем. Такой больной, например, характеризуется тем, что, выполняя вычислительное действие, он игнорирует часть задания, написанную на правой стороне листа. Однако этот же больной способен с легкостью выполнить счетное действие в уме в случае восприятия задания на слух. Таким образом, оба расстройства (цифровая алексия и пространственная акалькулия) включают аспекты нарушения зрительного восприятия.

Олигокалькулия (генерализованная Д.) представляет собой общую неспособность, вызывающую расстройство широкого спектра математических функций. Олигокалькулия часто сопровождается умственной отсталостью, а остальные формы Д. развиваются при сохранном уровне интеллекта.

Вербальная Д. описывает случаи, когда вычислительные операции могут успешно выполняться, но при этом больной не способен называть числа, символы, количества, понятия или математические операции. Одним из наиболее распространенных симптомов вербальной Д. является неспособность к выполнению простой задачи пересчета.

Практогностическая (апраксическая) Д. характеризуется неспособностью к использованию абстрактных математических символов при выполнении операций с объектами. Такие больные неспособны пересчитать объекты или проранжировать объекты на основе их размеров, форм, пространственных характеристик или количества в группе.

Неспособность к концептуализации арифметических функций, основанных на операциях с символами (например, плюсом и минусом), уравнений и математических выражений является ведущим симптомом лексической или цифровой Д. Эта форма Д. часто сочетается с другими типами неспособности к математике и неспособности к обучению (например, неспособностью к чтению — дислексия). Предполагается, что лексическая Д. является результатом нарушения визуально-пространственных процессов.

Графическая Д. (графическая дислексия) характеризуется неспособностью конвертировать вербально предъявленную цифру в ее графический символ, заменить словесное представление чисел их символами или даже просто скопировать написанное число. Часто, однако, подобные люди способны конвертировать символическую репрезентацию числа в его словесную форму.

Идеогностическая Д. (диссимболия) представляет собой неспособность к овладению основными математическими понятиями и их связями с другими понятиями. Например, страдающие идеогностической Д. не способны овладеть даже простыми операциями сложения.

Операциональной Д. называется неспособность аккуратно применять математические операции. Найденные решения математических задач либо являются ошибочными в результате неправильного применения математических операций, либо, если решения правильны, являются случайным продуктом применения неадекватных математических операций. Операциональная Д. считается наиболее

труднодиагностируемой, поскольку логика, используемая больным при выполнении математических операций, является труднодоступной.

Псевдодискалькулия представляет собой недоразвитие математических способностей, возникающее в результате необразованности, отсутствия мотивации учиться, академического отставания или неадекватности обучающих программ. На поведенческом уровне псевдодискалькулия может проявляться в формах, сходных с акалькулией и Д., но при этом этиологически им не соответствовать, т. е. не являться следствием травмы головного мозга или нарушений функционирования головного мозга, проявляющихся в процессе развития.

Д. диагностируется с помощью специальных тестов математических способностей и тестов учебных достижений. Поскольку этиология Д. не установлена, медицинские методы лечения не применяются. Единственный эффективный метод на сегодня – специальная индивидуализированная поведенческая и педагогическая терапия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Л. Григоренко

Дисморфофобия (лат. dis – нарушение, греч. morphe – форма и phobos – страх) – разновидность ипохондрических синдромов, преимущественно встречающихся в подростковом возрасте (по некоторым данным, 80 % случаев приходится на период полового созревания), чаще у девочек. При Д. имеет место патологическая убежденность в наличии какого-то физического недостатка (уродливое строение своего тела, отдельных его частей, особенно лица) либо в распространении больным неприятных запахов, и чаще всего кишечных газов (Д. в рамках психиатрической терминологии – «навязчивое состояние страха»). При этом больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают и смеются над ними. Для выраженного синдрома Д. типична триада признаков: идеи физического недостатка, идеи отношения, подавленное настроение. В случаях болезненной убежденности в распространении неприятных запахов имеют место также и сенсопатии – разнообразные, чаще всего локального характера, обонятельные обманы восприятия.

Идея физического недостатка чаще бывает сверхценной или бредовой. М.В. Коркина вместо термина «Д.» предложила использовать термин «дисморфомания» (от греч. mania – страстное влечение). В связи с убежденностью в существовании мнимого дефекта тела или при наличии какого-либо незначительного физического недостатка при чрезмерном его преувеличении больные упорно обращаются за помощью к врачам различных специальностей – косметологам и дерматологам по поводу «дефектов» кожи, веснушек, пористости кожи, ее сальности, угрей, облысения, гипертрихоза и т. п., к стоматологам («кривые зубы», «неправильный прикус», «неприятный запах изо рта»), к гастроэнтерологам («урчание в животе», «недержание газов»), к эндокринологам («слишком низкий рост», «недоразвитие грудных желез»), к гинекологам и андрологам («неправильное строение половых органов»). Некоторые из них добиваются оперативного вмешательства для коррекции. Некоторые из этих больных обращаются за помощью к знахарям и другим целителям.

У больных с Д. отмечается склонность к диссимуляции своего состояния. В связи с этим важно отметить наличие двух характерных симптомов, которые могут быть выявлены при расспросе больных и их родственников: это симптомы «зеркала» (пристальное рассматривание себя в зеркале с целью убедиться в наличии физического недостатка и попытаться подыскать выражение лица, скрывающее этот «дефект») и «фотографии» (последняя рассматривается как документальное доказательство ущербности своей внешности, в связи с чем фотографирование избегается).

Чаще всего синдром Д. возникает у подростков с личностной акцентуацией (сенситивно-шизоидной, психастенической или истерической), носит транзиторный характер, представляя собой психогенно провоцируемую реакцию, возникшую вслед за насмешками сверстников и других лиц по поводу внешности, фигуры и т. п. Эти реакции не отражаются на других аспектах жизни, не снижают работоспособности, проявляются лишь в особо значимых для данного лица ситуациях (например, в обществе девушек у юноши, считающего, что у него дефект лица, в то время как в компании приятелей он забывает о тревожащих его отклонениях и ведет себя соответственно); эти болезненные расстройства носят преходящий характер, с возрастом сглаживаются, дезактуализируются.

Дисморфомания может лежать в основе такого заболевания пубертатного и юношеского возраста, как нервная анорексия. В рамках малопрогредиентной шизофрении, при которой Д. становится вторичной, симптоматической (Thomas Ch.S., 1984), дисморфофобические расстройства приобретают стойкий характер. Возникнув в подростково-юношеском возрасте, они могут оставаться в клинической картине и после периода юношества.

Лечение симптоматическое. Психотерапия, направленная на разубеждение, не эффективна. Психотерапевт должен ставить перед собой иную цель – склонить подростка смириться с воображаемым или преувеличенным недостатком, научить его скрывать от окружающих болезненные переживания (добиться компенсаторной диссимуляции). При большой интенсивности болезненных расстройств необходима психофармакотерапия: назначаются нейролептики; в периоды большого эмоционального напряжения или усиления депрессивного фона настроения назначают транквилизаторы и антидепрессанты. При дисморфомании шизофренической природы проводят лечение основного заболевания, в том числе в условиях психиатрического стационара. Госпитализация показана также при глубокой депрессии и суицидальном риске (пресуицидальном синдроме), при склонности больных к самоповреждениям. Косметические операции категорически противопоказаны: они не устраняют дисморфофобических переживаний, более того, психическое состояние может ухудшиться.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Диспареуния (лат. dis и греч. pareunos – спящий с кем-либо на одной постели, сожитель) – разновидность сексуальных расстройств, свойственная как мужчинам, так и женщинам и характеризующаяся периодическими или хроническими болезненными ощущениями до, во время или после полового акта вплоть до полной невозможности его проведения.

Разновидности Д.: 1) органическая – как следствие различных патологических физиологических процессов или нарушений мочеполовой системы; 2) психогенная – обусловленная психологическими причинами; 3) смешанная – сочетание первичной органической патологии с поддерживающими ее психогенными факторами.

В основе Д. в равной степени могут лежать как соматические, так и психологические причины. В своих работах С. Кратохвил отмечает, что Д., первично возникшая из-за органических нарушений, может сохраняться по невротическому механизму вторичной выгоды с целью избегания или ограничения нежелательных сексуальных контактов. В случае, когда в основе Д. лежит неприязнь или физическое отвращение к партнеру, данное нарушение будет носить вторичный характер, а первичным расстройством будет являться сексуальное отвращение (аверсия). Психогенная Д. встречается и вследствие сексуального насилия как в зрелом, так и в детском возрасте.

Еще одним часто встречающимся фактором возникновения психогенной Д. является наличие различных страхов, таких как боязнь беременности, страх повторения негативного сексуального опыта или заражения венерическими заболеваниями и др. Также одним из распространенных психогенных факторов, лежащих в основе возникновения болезненных ощущений при половом акте, может быть тревога относительно сексуальной близости; такая форма Д. обычно является следствием серьезных проблем во взаимоотношениях с имеющимся партнером; К. Имелинский в своих работах упоминает о том, что Д., возникшая в результате взаимоотношений с партнером, может позже проявляться с другими сексуальными партнерами.

Психогенная Д. редко встречается у мужчин; чаще в основе мужской Д. лежат органические причины. Довольно редко в сексологической практике встречается психогенный вариант мужской Д. – постэякуляторная боль; это расстройство является следствием мышечного спазма и часто приводит мужчину к необходимости избегать сексуальных контактов. Ряд авторов предполагает, что в основе постэякуляторной боли лежит глубинное чувство вины относительно получения сексуального удовольствия.

Выделяют две основные формы психогенной Д. у женщин: 1) конверсионная – как вариант избегания неприятных сексуальных контактов в результате отсутствия другого способа изменить сложившуюся ситуацию; 2) психосоматическая – как неспецифический способ реагирования на различные

стрессоры и травматические события. Основными различиями между данными видами психогенных Д. являются наличие возможности развития структурных изменений при психосоматической форме течения и отсутствие таких последствий при конверсионной форме.

Д. требует тщательной дифференциальной диагностики, как медицинской, так и психологической. В случае психологического генеза пациент нуждается в психотерапевтической помощи, направленной на частичное уменьшение или полное устранение болевых ощущений при половом акте и повышение уровня удовлетворенности от сексуальной близости.

▸ *Доморацкий В.А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический проект; Культура, 2009

А.В. Чалова

Диссимуляция (лат. dissimulatio — сокрытие) — сознательное стремление скрыть болезнь и ее симптомы. Наблюдается в основном при заболеваниях, которые сопряжены для человека с некоторыми объективно или субъективно невыгодными ситуациями. Д. противоположна симуляция.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

О.Б. Борисовская

Диссоциативное расстройство личности (лат. dissociatio — разъединение, разделение) — наличие двух или более независимых личностей в одном индивиде, одна из которых в настоящий момент главенствует.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Диссоциация (лат. dissociatio — разъединение, разделение) — 1) неспособность пациента выполнять какую-либо одну функцию при сохранности всех остальных; 2) при посттравматическом стрессовом расстройстве нечувствительность, отстраненность (пациент социально нечувствителен и не реагирует на травмирующее событие).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Дисфория (греч. dysphoria — раздражение, досада) — пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. В редких случаях может проявляться атипично в виде приподнятого или экзальтированного настроения с раздражительностью, напряженностью, агрессивностью. Д. наиболее характерна при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, а также при некоторых формах психопатий (эксплозивной, эпилептоидной).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Донжуанизм — психическое состояние мужчины, характеризующееся его стремлением к постоянной смене партнерши и неспособностью видеть в отношениях между мужчиной и женщиной ничего, кроме сексуального аспекта.

В соответствии с психоаналитической трактовкой такой отказ от духовного общения с женщиной обусловлен неосознанным желанием мужчины отомстить всем женщинам за отсутствие душевной теплоты у его собственной матери.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Достаточно хорошая мать (Good enough mother) — по мнению Доналда Уинникотта, работавшего в контексте психоаналитической теории, это мать, создающая среду, в которой ребенок может выработать с течением времени истинное и аутентичное ощущение себя. Безусловное ощущение собственного существования образует фундамент для всех последующих функций личности. Развитие «Я» младенца происходит успешно только в любящей, игровой и, самое главное, зеркальной (отражающей) среде, создаваемой вниманием матери.

Обязанность в создании такой среды может выполнить «достаточно хорошая», но «несовершенная» мать, способная удовлетворять потребности ребенка большую часть времени. Если мать будет «совершенной» в своих реакциях, ребенок останется зависимым. Из-за регулярных, но не чрезмерных перерывов в материнской гармонии и заботе ребенок должен обратить внимание на собственные ресурсы и развивать способность самому удовлетворять свои потребности (однако для этого требуется

время). Такому переходу к чувству относительной независимости (а затем к состоянию «нацеленности на независимость»), возникающему по мере обучения удовлетворять собственные потребности, должно предшествовать ощущение ребенком своего всесилия, которое необходимо для развития «Я».

Истинное «Я» (true self) развивается, когда всесилие младенца получает признание.

Ложное «Я» (false self) — реакция, возникающая, когда ребенок чувствует свое бессилие и приспосабливается к матери, чтобы получить желаемое. Ложное «Я» может проявляться и в последующей жизни, когда индивид оценивает все свои желания и действия по реакции других людей, не проявляя спонтанные экспрессии истинного «Я».

▸ *Фрейджер Р., Фейдимен Дж.* Психоаналитические теории личности. Зигмунд Фрейд и постфрейдисты. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. 154 с.; *Winnicott D.W.* Playing and reality. N. Y.: Penguin, 1971

Н.Д. Творогова

Духовность — 1) как принцип саморазвития и самореализации человека; 2) поиск корней Д. не столько в самом человеке (особенностях его личности, склонности к рефлексии), сколько в продуктах жизнедеятельности, его творческой активности; 3) изучение факторов возникновения у человека духовных состояний; 4) религиозное направление изучения Д.

Духовное состояние некоторыми учеными рассматривается как психологический феномен, характеризующийся тем, что человек временно «не замечает внешнего мира, не ощущает своих органических функций, своей телесности, а сосредоточивается на осмыслении и переживании духовных ценностей (познавательных, этических или эстетических аспектов человеческого бытия). Изучаются ситуативные и личностные факторы, способствующие возникновению у человека духовных состояний. А. Маслоу называл такие духовные состояния «пиковыми переживаниями» (моменты экстаза, моменты восторга, счастливого потрясения, великие моменты творчества), характерными для самоактуализирующейся личности. В.А. Пономаренко показал, что возникновению духовных состояний способствуют и особые условия профессиональной деятельности, связанные с угрозой для жизни.

В психологии проблема Д. была впервые поставлена в «понимающей» психологии (Дильтей В., Шпрагер Э.), которая также рассматривала ее в тесной связи с надындивидуальными ценностями. К. Юнг писал об «архетипе духа», о роли духа в развитии личности, анализируя духовную культуру через призму отражения в ней архетипических структур коллективного бессознательного. В гуманистической психологии также рассматривается проблема Д.; согласно А. Маслоу, Д. связана с высшими бытийными ценностями (истина, добро, красота, единство противоположностей, совершенство, простота и т. д.) и пиковыми переживаниями, характерными для самоактуализирующейся личности. Надындивидуальные желания он называл «высшими побуждениями» или «метамотивами». Игнорирование метамотивов лишает человека чего-то жизненно необходимого для его благополучия, приводит к задержке в развитии, может вызвать «метапатологии». А. Маслоу, изучая на период обследования телесно здоровых людей, обнаружил десятки специфических метапатологий (нигилизм, ощущение бессмысленности жизни, цинизм, недоверие к другим людям, чувство отчуждения от окружающего мира, безнадежное отношение к будущему и др.). В психосинтезе (Ассаджиоли Р.) понятие Д. связывается с уровнем сверхсознательного или высшего бессознательного как источника интуиции и творческого вдохновения. Трансперсональная психология (Гроф С.) связывает Д. с переживаниями единства с Вселенной, открытостью космической энергии. В. Франкл рассматривает Д. как высшее смысловое измерение человека, надстраивающееся над телесными и душевными (психическими) измерениями. Концентрацией духовного бессознательного, с его точки зрения, является совесть (орган, посредством которого человек улавливает истинные смыслы). В. Франкл (1990) утверждал, что человеческая Д. неизбежно бессознательна. Дух оказывается нерефлексирующим сам себя, т. к. его ослепляет любое самонаблюдение, пытающееся схватить его в его зарождении, в его источнике. В качестве одного из эмпирических методов постижения Д. предлагается диалог человека с сокровенными глубинами своей души, устремляющий его к добру, совершенствованию и способствующий тому, чтобы в земных созданиях услышать голос вечности (Флоренская Т.А., 1996). Духовная жизнь, будучи жизнью «души» в

духе, есть вместе с тем жизнь души в предметном бытии, некоторая органичная слитность ее с миром объектов (Франк С.Л., 1997). Важнейший момент формирования и развития духовных ценностей в нравственно-рефлексивном сознании познающего и понимающего мир субъекта — появление у него чувства «внутренней, личностной свободы» (Балл Г.А., 1997). Духовное состояние личностной свободы возникает при осознании наличия внешних возможностей выбора и сформированной готовности осуществить этот выбор. Д. — способность переводить универсум внешнего бытия во внутреннюю вселенную личности на этической основе, способность создавать тот внутренний мир, благодаря которому реализуется себетождественность человека, его свобода от жесткой зависимости перед постоянно меняющимися ситуациями (Крымский С.Б., 1992). Духовными влечениями К. Ясперс (1997) называл «стремление к постижению определенного состояния бытия и к посвящению себя этому состоянию, проявляющемуся в ценностях — религиозных, эстетических, этических или относящихся к воззрениям субъекта на истину, — переживаемых как абсолютные».

Дух как категория культурологическая, мировоззренческая, рассматривается в качестве объективного явления, потенциально содержащего в себе активность субъекта (активность, направленную на опредмечивание идей, формирование значений, определяющих семантическое поле культуры, духовный опыт человечества).

В отечественной психологии А.В. Брушлинский (2003) подчеркивал, что дух, духовность являются не надпсихическими, а различными качествами психического как важнейшего атрибута субъекта. В рамках научного подхода изучаются духовные составляющие здоровья (Творогова Н.Д., 2001, 2010 и др.). Теме духовности в психологии посвящены исследования Б.С. Братуся (1988), В.П. Знакова (1998), В.Д. Шадрикова (1998), др. Б.С. Братусь (1994) анализирует ступени развития личности, среди которых высшую, просоциальную, гуманистическую ступень называет духовной или эсхатологической, на которой человек начинает осознавать и смотреть на себя и другого не как на конечные и смертные существа, но как на существа особого рода, связанные, подобные, соотносимые с духовным миром.

Учение христианских теологов о трансцендентном «Я», «внутреннем человеке» важную роль в порождении Д. отводит направленности сознания в глубины собственного «Я», обращению к «внутреннему человеку» (Архиепископ Лука, 1997). Развитие и самореализация духовного «Я» субъекта начинается тогда, когда он осознает необходимость определения для себя того, как он конкретно должен понимать общечеловеческие духовные ценности — истину, добро, красоту. Переориентацию желаний в духовных практиках традиционно описывают как «очищение». Развитие метамотивов составляет главную цель духовных практик (хотя великие религии понимают метамотивы по-разному). Высшая цель традиционных духовных практик — познание своего подлинного «Я» и своих взаимоотношений с божественным (попутно духовные практики могут приносить и другие «дары»: снижается уровень страха, гнева, растет радость, расцветает любовь, созревает мудрость, повышаются творческие способности, улучшается психическое и физическое здоровье). Если тяга к просветлению остается нереализованной, человек страдает от «божественной ностальгии» или «божественной неудовлетворенности» (переживает свое несовершенство; его тревожит чувство, что он находится не на своем месте, чего-то важного не достиг).

С точки зрения материализма в настоящий период Д. чаще понимается как высший уровень развития и саморегуляции личности, при котором основными мотивационно-смысловыми регуляторами жизнедеятельности становятся высшие человеческие ценности. Индивидуальную выраженность в системе мотивации личности получают: 1) потребность в познании (мира, себя, смысла, назначения своей жизни); 2) социальная потребность жить и действовать для других. Один из основателей западной философии Платон в сформулированной им триаде высших ценностей назвал истину, красоту и добро, что не опровергается и большинством современных исследователей. Под Д. в более узком смысле преимущественно понимается наличие и удовлетворение первой потребности, а под душевностью — второй. Относительная независимость активности человека от прагматических целей делает Д. важнейшим фактором развития цивилизации (Пономаренко В.А., 1997).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Духовность и здоровье — об их взаимосвязи первыми стали говорить философы и религиозные мыслители. К определению «Д.» в сфере человека в настоящее время существует много подходов. В частности, Д. рассматривается как деятельность сознания, направленная на поиск смысла жизни и своего места в ней, на определение критериев добра и зла для оценки событий, людей и руководства к действию. В отличие от душевности, проявляющейся с рождения, Д. открывается в подростковом возрасте, развиваясь в системе социальных отношений. Через механизмы доминанты (Ухтомский А.А., 2002) формируются жизненные приоритеты, специфически окрашивающие мысли, эмоции и волю человека. Д. может быть позитивной и негативной.

Описаны состояния, ведущие личность к социальной деградации; обозначенные термином «смертные грехи», они включают: 1) порочные цели, заставляющие выбирать ущербный жизненный путь (страсть к наживе, блуд, ложные кумиры и др.); 2) деструктивные отношения, вызывающие деформацию общества (индивидуализм, эгоизм, зависть, неуважение к родителям и др.) или подавление персональной свободы (авторитарность власти, диктатура моды и др.); 3) пагубные настроения, ведущие сознание к саморазрушению (гордыня, тоска, гнев, потеря смысла жизни и др.).

Духовные факторы оказывают влияние на физическое здоровье. Негативная Д. (депрессия, амбициозность, агрессивность, цинизм и др.) через психосоматические механизмы ведет к нарушению основного обмена, ухудшению тканевого кровообращения, повышению тонуса артерий, дисфункции нервной и иммунной систем и др. В результате уменьшаются неспецифические резервы здоровья, сопровождаясь увеличением в 2–3 раза инфекционной и неинфекционной заболеваемости и смертности. В репродуктивной сфере страдают либидо, потенция, сперматогенез, эндокринная система, функция яичников и др., ведущие к угнетению детородной активности. Наоборот, позитивная Д. (высокий смысл жизни, радость творческого труда, уверенность в поддержке семьи и друзей, спокойная совесть, наличие планов на будущее и др.) укрепляет здоровье, снижает смертность, повышает рождаемость. Кто знает «зачем», тот может вынести почти любое «как» (Франкл В., 1990).

Вступая во взаимодействия, люди обмениваются эмоциями и смыслами, создавая ощущение информационной общности, своеобразные эмоционально-смысловые «поля». Их интеграция формирует общественную атмосферу — нематериальную (идеальную) реальность, оказывающую на людей обратное влияние (паника в толпе, соблюдение религиозных ритуалов, подчинение нормам морали и др.) (Лебон Г., 1995). Для ее статистического измерения используется метод «выявления следов» — поступков-индикаторов, отражающих происходящие в сознании человека процессы. Так, свадьбы есть индикатор уверенности в завтрашнем дне, разводы — индикатор семейной дисгармонии, самоубийства — индикатор безысходности, убийства — индикатор чрезмерной агрессивности, грабежи и разбои — индикатор несправедливого распределения собственности, отказники в роддомах — индикатор угнетения чувства материнства и др. Возникает новое научное направление — эпидемиология Д., предметом которой служат происходящие в общественной атмосфере процессы.

На большом статистическом материале показано: при прочих равных условиях улучшение/ухудшение нравственно-эмоционального состояния людей сопровождается улучшением/ухудшением демографической ситуации (закон духовно-демографической детерминации) (Гундаров И.А., 2001). Процесс имеет эпидемический характер: «заразный» агент в виде притягательной идеи или эмоции передается от человека к человеку — передатчиком «инфекции» служат СМИ, межличностные контакты, законодательные акты — «заразившиеся» идеями и эмоциями люди становятся их ретрансляторами, порождая лавинообразный поток разрушительных или созидательных действий. Латентный период перехода нематериальных духовных явлений в материальные (заболеваемость, смертность, рождаемость) составляет 1–1,5 года. Это говорит о существовании сверхбыстрых демографических реакций, составляющих предмет новой медицинской науки «психодемографии».

Законами психодемографии объясняются эпидемические парадоксы на постсоветском пространстве: выраженные взлеты и падения смертности от большинства инфекционных и неинфекционных заболеваний, распространяющиеся с большой скоростью по огромной территории с синхронным про-

явлением на расстояниях в тысячи километров (не распространяются на детей до 15 лет), с преимущественным вовлечением мужчин и возможностью быстрой смены вектора (взлета или падения смертности) на противоположный (Гундаров И.А., 2001).

Важная роль духовных факторов в управлении здоровьем, в возникновении и развитии большинства заболеваний требует использования методов духовной коррекции с целью их профилактики и лечения: терапия смыслом жизни, нахождение любимого дела, расширение личностного культурного потенциала, гармонизация атмосферы в семье, обретение дружеских связей, повышение уровня образования и др.

▸ *Гундаров И.А.* Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. М., 2001; *Лебон Г.* Психология народов и масс. СПб., 1995; *Ухтомский А.А.* Доминанта. Статьи разных лет. 1887–1939. СПб., 2002; *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990

И.А. Гундаров

Душа — за рамками теологии это аффективная, эмоциональная сфера психики (в отличие от аналитических, интеллектуальных ее аспектов).

Данное понятие отражает исторически изменяющееся воззрение на психику. Так, согласно Аристотелю, Д. определяется как сущность живого тела, как особый орган, посредством которого тело чувствует и мыслит. В целом Д., согласно его воззрениям, смертна вместе с телом, но часть ее, соответствующая абстрактному, теоретическому мышлению, бессмертна. Д. человека в учении Аристотеля выступает в трех модификациях: растительной, животной, разумной. Декарт отождествлял Д. с сознанием как рефлексией субъекта.

По Юнгу, Д. — некая нефизическая реальность, исполненная энергии, которая перемещается в связи с внутренними конфликтами. Введя понятие «самость» (self), К. Юнг определил ее как результат интеграции всех (сознательных и бессознательных) аспектов личности. Самость включает противоположности: сознательное и бессознательное, мужское и женское, и пр. В связи с социокультурными причинами человек видит и развивает в себе лишь одну из сторон своей единой противоречивой пары, а другая остается им непринятой. Скрытые стороны Д. требуют принятия, являясь человеку, например, в его сновидениях. Эта неизменная субъективная основа человека (self) создает у него ощущение самотождественности. Внутри себя при определенных условиях он обнаруживает свою глубочайшую самость, свое подлинное «Я», и узнает, что он — это не только что-то большее, чем он сам о себе думает, но и большее, чем он способен вообразить.

С точки зрения теологического подхода в центре человеческого существа, в глубинах его разума, есть центр трансцендентного осознавания. Этот центр известен в христианстве под именем «душа» или «божественная искра». Христианская традиция рассматривает Д. как тождественную самости. Для восточной традиции, не признающей бессмертия индивидуальной Д., Д. (так же, как и «эго») — это разновидность «ложной самости», а «подлинную самость» она видит в изначальной духовной основе человека, тождественной Абсолюту (Брахману, Дао, природе Будды и т. д.). В индуизме «подлинная самость» — это вечная сущность, субъект «космического сознания», а в буддизме и даосизме — это соответственно «потенция» (природа Будды) или «процесс» (Дао) самого этого сознания.

В современной научной психологической литературе обычно термин «Д.» не употребляется или используется (очень редко) как синоним слова «психика».

В повседневной жизни слово «душевность» ассоциируется с добрым отношением человека к окружающим его людям, готовностью прийти на помощь, разделить радость и горе. О деле, выполняемом заинтересованно, с любовью, говорят, что оно делается «с душой».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Жаргонафазия — нарушение, вызванное локальным поражением головного мозга, при котором в речи появляются неправильные и искусственные слова.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Зависимое поведение — разновидность девиантного поведения, характеризующаяся непреодолимой подчиненностью собственных интересов интересам другой личности или группы, чрезмерной и

длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах, становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать свою вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения.

Считается, что в структуре каждой зависимости можно отметить признаки увеличения толерантности, прогрессирующее забвение альтернативных интересов, продолжение З. п., несмотря на его очевидные вредные последствия. З. п. может формироваться на базе аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов девиантного поведения. При аддиктивной форме З. п. формируется в связи с гедонистической мотивацией («феноменом «жажды острых ощущений» по В.А. Петровскому); при патохарактерологическом типе девиантного поведения – основывается на одном из типов личностного расстройства или нередко на гипертимной или шизо-эпилептоидной акцентуациях характера; при психопатологическом – на базе основных симптомов психического заболевания.

К З. п. относят: зависимость от психоактивных веществ (алкоголя, опиоидов, седативных и снотворных веществ, кокаина, стимуляторов, включая кофеин, галлюциногенов, табака, летучих растворителей), от приема пищи (анорексия, булимия), сексуальные девиации и перверсии (парафилии), патологическую склонность к азартным играм, воровству, поджогам, бродяжничеству и пр.

В настоящее время отсутствуют общепризнанные критерии диагностики З. п. и дифференциальной диагностики патологических и непатологических форм зависимостей. Можно предполагать, что основой дифференциации являются не количественные, но качественные признаки. К признакам патологического З. п. можно отнести наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости, непреодолимость зависимости, невозможность противостоять стремлению его реализовать, стереотипизация поведения и «синдром отмены».

Спорным остается вопрос о связи З. п. с наличием черт зависимой личности, к которым относят в случае зависимого личностного расстройства по МКБ-10: 1) неспособность принимать решения без советов других людей; 2) готовность позволять другим принимать важные для себя решения; 3) готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы; 4) затруднения в ситуациях, требующих самостоятельно начать какое-то дело; 5) готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; 6) плохая переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать; 7) ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь; 8) охваченность страхом быть отвергнутым; 9) легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны. К характеристикам зависимой личности вне личностного расстройства можно отнести такие индивидуально-психологические параметры, как инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым.

Можно предполагать существование единого и универсального механизма патологического З. п. В процессе социализации, с участием врожденных и приобретенных церебральных нарушений, происходит становление черт зависимой личности. Важна роль «опыта разлуки», приобретаемого в детском возрасте, и некоторых психофизиологических механизмов, приводящих к психическому инфантилизму и повышенной внушаемости. Формирование клинических вариантов расстройств З. п. (наркотического, игрового, пищевого, сексуального, религиозного) стихийно и связано со спецификой референтной группы. Зависимая личность создает каркас, на который «нанизываются» зависимости-фетиши. Они могут быть устойчивыми (монофеноменологичными), стабильными и неустойчивыми (полифеноменологичными), со склонностью к изменению фетиша-зависимости.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Д. Менделевич

Заикание — дискоординационное судорожное нарушение речи, возникающее в процессе общения по механизму системного речедвигательного невроза. Заболевание характеризуется, как правило, хроническим течением, проявляющимся в физических, психических отклонениях, приводящих к тяжелым страданиям, социальной дезадаптации личности, в некоторых случаях — к потере трудоспособности.

Клинически З. представлено первичным, собственно речевым нарушением плавности и слитности речи. Ведущий в общем синдроме заикания — нейромоторный его компонент, представленный в артикуляционном, голосовом и дыхательном аппаратах (вне речи эти аппараты функционируют совершенно автономно). Вторичные расстройства: двигательные, вербальные, эмоционально-аффективные, поведенческие — у взрослого человека они часто становятся доминирующими. Судороги (дыхательно-артикуляционные, дыхательно-голосовые и др.) возникают только в момент речи или в ее преддверии, имеют различную локализацию и силу выраженности, на которую влияют эмоциональное состояние человека, степень напряженности обстановки, ее эмоциональная значимость для пациента и т. п.

В механизмах развития принимают участие психологические, социально-психологические, биологические факторы. Во многих случаях отмечается церебральная дефицитарность различного генеза.

В клинической картине З. могут присутствовать невротические проявления, астенический синдром (для него типичны собственно астения, вегетативные проявления, расстройства сна). Весьма типична для синдрома З. логофобия (боязнь речевого общения), возникающая в экстремальных для больного ситуациях, в повторяющейся типичной обстановке, которые требуют активных коммуникативных действий, связанных с необходимостью речевого общения. Ипохондрический синдром (неадекватное отношение к своему здоровью), наблюдающийся при логоневрозе, присутствует в той или иной степени выраженности при всех невротических состояниях. Синдром невротической депрессии, как правило, отражает психотравмирующую ситуацию, обусловленную речевым дефектом.

Различают З. как: 1) системный речедвигательный невроз; 2) синдром при других заболеваниях (например, при органических заболеваниях головного мозга сосудистого, инфекционного и травматического генеза); 3) имитацию (например, так называемое истерическое заикание); 4) расстройство речи, напоминающее, но не являющееся истинным З. (например, cluttering — особая форма речевого расстройства, проявляющаяся в неосознанном ускорении темпа речи, остановках и повторах, в «смазанности» произношения, нарушении концентрации внимания и т. д.).

З. — синдром, встречающийся при разных заболеваниях: неврозах, органических поражениях головного мозга, некоторых психических болезнях (психопатиях, патологическом развитии личности, шизофрении и др.). На проявлениях этого синдрома сказывается характер ведущего заболевания. Терапия заикания проводится после дифференциальной диагностики, в необходимых случаях — после лечения у психиатра в стадии ремиссии основного заболевания или параллельно с таким лечением. В клинической практике среди заикающихся встречается группа больных, резистентных к терапии (нередко с выраженной органической церебральной недостаточностью).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.М. Шкловский

Замедление мышления (в психиатрии) — симптом нарушения мыслительного процесса, проявляющийся резким обеднением ассоциаций. Такие больные самостоятельно не вступают в беседу, говорят всегда медленно, с трудом подбирают слова, долго думают перед тем, как ответить на вопрос, на сложные вопросы они не могут ответить вовсе. Их ответы односложны («да» или «нет»). Затруднен процесс формирования умозаключений, поэтому больные не в состоянии решить логические задачи, иногда не справляются со счетом, производят впечатление интеллектуально сниженных. Данный симптом рассматривается как преходящее, обратимое нарушение. Весьма характерно его появление для депрессии, а также при легких степенях помрачения сознания.

▸ *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983; *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986

Ю.Г. Тюльпин

Замещение — защитный механизм, имеющий две различные формы проявления. В психоанализе выделены защита путем замещения объекта и защита путем замещения потребности.

При З. объекта те чувства и действия, которые должны были направляться на объект, вызвавший тревогу, переносятся на иррелевантный объект (не имеющий отношения к ситуации и причине конфликта). З. объекта происходит при невозможности выразить чувства или осуществить действия по отношению к нужному объекту вследствие социальных или физических причин. Например, агрессия по отношению к начальнику вымещается на членах семьи.

Другое проявление защиты по типу З. состоит в изменении чувства на противоположное при сохранении неизменным объекта (любовь, не нашедшая ответа, превращается в ненависть, сексуальная потребность — в агрессию).

В психодинамических теориях считается, что защитные эффекты при З. достигаются за счет разряжения энергии, сопровождаемого катарсисом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Б. Березанская

Защита (в психоанализе) — совокупность бессознательных психических механизмов, направленных на уменьшение или устранение из сознательной части Эго неприятных, опасных, негативных или деструктивных интрапсихических содержаний или внешних стимулов.

В качестве уточняющего определения следует добавить, что З. именуются любые механизмы, которые Эго может использовать при конфликтах, как отмечал З. Фрейд, «возможно, даже ценой невроза». Под конфликтами в данном случае понимаются прежде всего конфликты между Эго (с одной стороны) и СуперЭго и (или) Оно (с другой). Другие механизмы также могут использоваться для З. от реальных или воображаемых опасностей, исходящих от внешнего мира. В качестве таких «внешних опасностей» могут выступать различные формы негативной для личности информации, в том числе интрапсихической природы, неприемлемые оценки и самооценки.

В большинстве случаев речь идет о З. от внутреннего возбуждения и неприемлемых влечений (Ид), а также представлений (мыслей, воспоминаний или фантазий), причастных к этому влечению. Самостоятельную группу составляют ситуации, провоцирующие психическое возбуждение и неприемлемые влечения, которые нарушают душевное равновесие (психический гомеостаз) и, следовательно, неприятны для Эго. Таким образом, следует предполагать, что основные механизмы З. в той или иной степени интегрированы в Эго. Будучи постоянно связана с мощными влечениями и вынужденно противодействуя им, З., как и сами влечения, может приобретать навязчивый характер.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Защитные механизмы (механизмы защиты) — сопряженные с Эго («Я»), автоматические бессознательные механизмы психики, обеспечивающие психоличностную защиту Эго («Я») от внешних (внешний мир) и (или) внутренних (СуперЭго и Ид), реальных или воображаемых опасностей, отрицательных импульсов, негативной информации и неприемлемых оценок и самооценок.

Концепция З. м. считается одним из наиболее значительных достижений классической и современной психоаналитической теории; вместе с тем в количественном и качественном отношениях она все еще не определилась и не стабилизировалась. Впервые З. Фрейд использовал понятие «защита» в 1894 г. и впоследствии неоднократно обращался к нему (1915, 1922, 1926, 1937 гг. и др.), уточняя содержание и разновидности З. м., модифицируя и изменяя представления о них. З. Фрейд полагал, что «защита является обобщенным названием для любых техник, которые Эго может применять при конфликтах (возможно, даже ценой невроза)...». К этим «техникам» он относил: вытеснение, делание неслучившегося, идентификацию, изоляцию, интроекцию, искажение до противоположности, обращение против персоны, проекцию и сублимацию.

Наиболее существенный вклад в концепцию З. м. после З. Фрейда внесла его дочь Анна Фрейд; в 1936 г. в книге «Защитные механизмы

Эго» («Психология Эго и защитные механизмы») она выделила еще четыре защитных механизма: идеализация, идентификация с агрессором, отрицание, сужение Эго. Мелани Кляйн в качестве З. м. выделила: омнипотентный (всесторонний и всемогущественный) контроль над объектом, отрицание психической реальности, проективную идентификацию и расщепление объекта. В дальнейшем в работах психоаналитиков разных школ, течений и направлений уточнялось понимание обнаруженных З. м. и постулировалось наличие еще ряда других З. м. Например, в исследовании Греты Бибринг (1961) было выделено 39 механизмов защиты.

С известной мерой условности можно полагать, что в современной психоаналитической литературе и практике к З. м. наиболее часто относят:

Аннулирование — отмена и (или) уничтожение нежелательного впечатления или действия, в том числе посредством искупления его.

Аскетизм — неосознаваемое отрицание удовольствия и отказ себе в получении его (например, отказ от сексуального удовлетворения, который обычно осуществляется с видом превосходства, как будто этот отказ обладает особой ценностью и (или) пользой).

Вытеснение — процесс и результат активного удаления (выдавливания и вымещения) из сознания в бессознательное прежде осознаваемых болезненных воспоминаний, чувств и импульсов. З. Фрейд считал учение о вытеснении «краеугольным камнем» психоанализа.

Девальвация — сведение значения чего-то важного до минимума и презрительное отрицание этого (например, субъект, не сумевший достичь поставленной цели, утверждает, что «не очень-то и хотелось»).

Замещение — процесс, механизм и результат замены вытесненного влечения или представления иной тенденцией или символом.

Идентификация — бессознательное уподобление и отождествление себя с другой личностью, когда Эго в известной степени «принимает в себя» чужое Эго.

Идентификация с агрессором (обидчиком) — процесс и результат неосознанного принятия ценностей и целей агрессора (например, «стокгольмский синдром») и имитации его манер и поведения (в некоторых случаях приводит к гиперкритике агрессора в целях маскировки своего страха перед ним).

Изоляция — дистанцирование и блокировка информации, связанной с какими-то аффективно окрашенными мыслями, чувствами или образами.

Интроекция — настолько полное включение индивидом в свой внутренний мир воспринимаемых им извне ценностей, мотивов, установок, взглядов и образов других людей, что он уже не различает собственные и заимствованные представления.

Компромисс — механизм, обеспечивающий лишь частичную реализацию болезненных импульсов.

Обращение — изменение направленности импульса и превращение его в импульс, направленный на себя и против себя.

Отрицание (реальности) — процесс и результат намеренного игнорирования в фантазиях, словах или действиях важных и болезненных реальностей, обеспечивающий отвлечение внимания и такое поведение личности, как будто эти реальности не существуют (например, поведение некогда могущественного государственного деятеля, который, будучи в отставке, пытается вести себя так, как будто он все еще является очень важной фигурой).

Перенос (перенесение, перемещение) — процесс и результат смены объекта чувств, перемещение их на какой-то иной, как правило, более безопасный объект (например, обиженный работник изливает свой гнев не на начальника, а на членов семьи, собаку, других людей и т. д.).

Подавление — ограничение тревожных импульсов, чувств и действий (например, подавление собственной сексуальности, которая кажется чрезмерной или нетипичной).

Примитивная идеализация — значительное преувеличение силы, достижений, возможностей и престижа другого человека или группы людей.

Проективная идентификация — специфическая и отчасти контролируемая проекция процесса и результата самоотождествления человека с другим человеком, группой, образом или символом.

Проекция — неосознаваемое приписывание другим людям собственных подавленных влечений, желаний, конфликтов и импульсов.

Расщепление — разделение позитивного и негативного в образах «Я» и объектов.

Рационализация (интеллектуализация) — основанный на реальных фактах избыточно рациональ-

ный способ переживания внутренних и внешних конфликтов, не сопровождающийся переживанием связанных с ними аффектов и обеспечивающий снижение эмоциональной нагрузки.

Реактивное образование (обратное чувство) — изменение активного или пассивного импульса в противоположный и (или) изменение направленности импульса или чувства на противоположную (например, переадресация негодования или упреков в собственный адрес, в то время как они должны быть адресованы другому лицу).

Регрессия — возвращение к предшествовавшим стадиям психосексуального развития и функционирования в целях избегания конфликтов, переживаемых на более поздней стадии (например, возврат к стабильной мастурбации, инфантильным хобби и т. д.).

Смещение — сдвиг и перемещение фокуса и (или) акцента с одного объекта на другой, обеспечивающие замену резких и тяжелых тенденций менее резкими и тяжелыми.

Сопротивление (исцелению) — установка и сила, обусловливающие и обеспечивающие неосознаваемое противодействие пациента врачу и выздоровлению.

Сублимация — процесс и результат преобразования и переориентации энергии сексуального влечения (сексуальных импульсов и чувств), характеризующиеся заменой сексуальной цели на цель более отдаленную и более ценную в социальном плане (например, подавленные эксгибиционистские тенденции могут побудить к выбору профессии модели или актрисы; сублимированная агрессия может выразиться в большой политической активности; сублимированное желание может обеспечить высокие творческие достижения в области литературы и искусства и т. д.).

Уничтожение — ликвидация предшествующего акта последующим актом.

Фиксация поведения — сохранение, закрепление и использование апробированных эффективных стереотипов поведения.

Формирование реакции (образование реакции) — процесс и результат преувеличения какого-то одного эмоционального аспекта ситуации в целях подавления противоположной эмоции (например, проявление подчеркнутой обязательности и зависимости в целях защиты от желания быть свободным и независимым).

З. м. существенно отличаются друг от друга по их месту, удельному весу, роли и значению. Действуют З. м. либо по отдельности, либо, как правило, в различных комбинациях с другими З. м. В известном смысле все З. м. могут быть поняты как взаимодополнительные образования, предназначенные для предохранения Эго. Вместе с тем при определенных условиях З. м. могут представлять опасность для Эго в силу избыточных ограничений, психических перегрузок, энергетических затрат, стереотипизации деятельности и функционирования в холостом режиме.

Одной из наиболее существенных проблем современной психоаналитической методологии и теории является установление количества З. м., корректное определение их, анализ взаимодействия и создание соответствующей систематики. Потенциально возможным вариантом решения этих проблем может быть создание новой теории.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Здоровая личность — понятие, вошедшее в концептуальную область общей теории личности наряду с понятиями «структура личности» (которая схематически может быть представлена в терминах гипотетических качеств, лежащих в основе поведения, которые связаны друг с другом множеством путей и способны образовывать самостоятельную категорию с четко очерченными границами — определенный тип личности), «мотивация» (описывает процессуальные аспекты функционирования индивидуума), «развитие личности», «изменение личности с помощью терапевтического воздействия» (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997). З. л. — самостоятельно диагностируемая категория (как и любой другой тип личности).

По каким критериям ее диагностировать? Пытались увидеть признаки З. л. в ее конструктивном и продуктивном поведении (однако поведение — это функция как характеристик самого человека, так и характеристик ситуации). Чаще всего при описании З. л. внимание обращается на структурные и динамические процессы, характерные для нее: рассматриваются побуждения, регулятивные механизмы, переживание и осмысление, стиль как специфические личностные характеристики, пр. При этом раз-

ные теории по своему выделяют и описывают эти характерные свойства З. л.; рассмотрим некоторые из этих подходов:

1) интуитивный подход с позиций здравого смысла: здоровые личности характеризуются самоконтролем, личной ответственностью, демократизмом и наличием идеалов. Они: а) постоянно расширяют осознание самих себя, других людей и окружающего мира; б) развивают свою компетентность в удовлетворении базовых потребностей и в реагировании на опасность; в) вырабатывают реалистические и отвечающие их потребностям ролевые и межличностные отношения;

2) психоанализ З. Фрейда: в качестве критерия здоровья личности рассматривается способность продуктивно работать (ставить перед собой долговременные отдаленные цели и достигать их, справляться с тревогой таким образом, чтобы это не отражалось негативно на поведении) и поддерживать удовлетворительные межличностные отношения (способность наслаждаться широким спектром эмоций без чувства угрозы, привносить созидательные элементы в удовлетворение сексуальных и агрессивных побуждений);

3) гуманистически ориентированные психологические школы также адресуются к структурным и динамическим качествам З. л. К. Роджерс, А. Маслоу: сила, лежащая в основе человеческих побуждений, – самоактуализация; это побуждение имеет инстинктивное происхождение, является внутренним источником прогрессивного развития; доминирующая жизненная тенденция – обнаружение и реализация своих возможностей; З. л. – это самоактуализирующаяся личность. К подтвержденным клиническими наблюдениями характеристикам З. л. А. Маслоу относит: а) высшую степень восприятия реальности; б) более развитую способность принимать себя, других и мир в целом такими, какие они есть на самом деле; в) повышенную спонтанность, непосредственность; г) более развитую способность сосредоточиться на проблеме; д) более выраженную отстраненность и явное стремление к уединению; е) более выраженную автономность и противостояние приобщению к какой-то одной культуре; ж) большую свежесть восприятия и богатство эмоциональных реакций; з) более частые прорывы на пик переживаний; и) более сильное отождествление себя со всем родом человеческим; к) улучшение в межличностных отношениях; л) более демократичную структуру характера; м) высокие творческие способности; н) определенные изменения в системе ценностей. А. Франкл: главное – поиск смысла; самоактуализация – это сопутствующая награда, которую человек на этом пути может получить; центральное человеческое стремление – самоопределение, прогресс в котором зависит от приобретения все большего контроля над своей жизнью, что характерно для З. л. Э. Эриксон: последовательные периоды жизни – это череда экзистенциальных по своему содержанию конфликтов; переживания одной стадии оказывают влияние на переживания последующих стадий. З. л. – та, которая разрешила экзистенциальный конфликт предыдущей стадии.

Итак, З. л. предлагается рассматривать в контексте процесса непрерывных изменений, а не как сложившуюся жестко зафиксированную систему; личностные подструктуры стремятся к обретению все большей гармонии. Личность – это высшая психическая функция прогрессивного овладения собственным поведением и внесения новых высших закономерностей в процессы взаимодействия с миром и саморазвития на основе социального опыта и имеющейся биологической основы (Леонтьев Д.А., 2011); для З.л. характерны позитивные изменения в направлении своей зрелости (динамика изменений в направлении личностной зрелости не исключает возможных регрессивных изменений, с которыми личность имеет шансы справляться). З. л. является субъектом влияния внутренних и внешних факторов (включая генетическую и биологическую предрасположенность, социальный опыт и меняющиеся обстоятельства окружающей среды) (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997); она отличается от «нормальной», у которой отсутствуют серьезные психопатологические симптомы.

▸ *Леонтьев Д.А.* Новые ориентиры понимания личности в психологии: от необходимого к возможному // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 12–42; *Маслоу А.* Теория личности // Психология личности. Тексты. Самара, 2002. С. 379–416; Психология здоровья / Никифоров Г.С., Ананьев В.А, Гуревич И.Н. [и др.]; под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000

К.В. Кулешова

Здоровье (в медицине) – состояние «полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (из преамбулы к Уставу ВОЗ). Рассматриваемое в качестве антитезы понятие «болезнь» подразумевает нарушение процессов жизнедеятельности под влиянием внешних и (или) внутренних патогенных раздражителей, приводящих к снижению приспособляемости и в большинстве случаев трудоспособности с одновременной активизацией компенсаторных и защитно-приспособительных реакций. При этом допускается возможность существования переходного состояния – предболезни (ни здоровья, ни болезни).

З. является одним из важнейших условий нормальной жизнедеятельности человека. Под физическим З. («благополучием») понимается возможность реализации биологических функций органов и систем на всех уровнях их организации (субклеточном, клеточном, тканевом, системном), в наибольшей степени способствующая выживанию человека в его среде обитания. Психическое З. характеризуется состоянием гармоничного развития психической сферы жизнедеятельности, душевного равновесия и комфорта, обеспечивающим адекватную регуляцию поведения, направленного на удовлетворение биологических и социальных потребностей. Социальное З. подразумевает реализацию системы ценностей, установок и мотиваций поведения, наиболее адекватных для социальной среды, в которой находится человек.

Здоровый человек обладает максимально высоким уровнем резервных возможностей (адаптационно-компенсаторных реакций), обеспечивающих устойчивость динамичного равновесия всех уровней жизнедеятельности. Это выражается в том, что в ответ на внешние и внутренние раздражители формируются оптимальные по характеру, силе, времени и длительности реакции (функциональные, структурные), характерные для нормальных людей. В этом смысле понятие «З.» совпадает с понятием «норма», что позволяет объективно оценивать состояние человека путем сопоставления значений измеряемых у него показателей с соответствующими нормативами. Наиболее успешно этот подход применяется для оценки физического З. на основе анализа многочисленных показателей: генетических, биохимических, морфологических, функциональных (выявляемых на фоне диагностических функциональных нагрузок, позволяющих оценивать резервные возможности организма), психологических и социально-духовных (тип ВНД, целевые установки, нравственные ценности, идеалы, уровень притязаний и т. д.), а также клинических (отсутствие признаков болезни). Следует подчеркнуть, что в качестве маркеров физического З. могут выступать, наряду с другими, и психологические показатели («в здоровом теле здоровый дух!»). Однако обычная практика обследования не позволяет использовать все существующие в настоящее время показатели, что предполагает возможность ошибочных заключений о состоянии З. Дополнительная проблема может возникать на этапе интегральной оценки, используемой для диагностики совокупности показателей, особенно когда часть из них совпадает с крайними значениями нормативов или выходит за их пределы. Объективизация психического и социального З. представляет собой еще более сложную задачу по сравнению с оценкой состояния физического З.; различные авторы предлагают широкий и не всегда однозначно трактуемый перечень соответствующих критериев.

Наличие сложных концептуальных проблем привело к использованию термина «практически здоровый человек». Он может применяться, когда определяемые при доступно полном обследовании клинико-анатомические показатели не выявляют болезненного состояния или прогрессирующих структурных нарушений, а также в ситуациях, когда имеющиеся у человека стабильные структурные изменения не вызывают функциональной недостаточности органов и тканей (отсутствует перенапряжение адаптивно-компенсаторных механизмов). Помимо понятия индивидуального З. (у отдельно взятого человека) широко используются и другие понятия: групповое (на уровне отдельных профессиональных групп, населения района, города, области и т. д.) и общественное З. (способность общества поддерживать у своих членов активный и продуктивный образ жизни).

▸ *Адо А.Д.* Патологическая физиология. М.: Триада-Х, 2000; Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003; *Яблоков А.В.* Здоровье человека и окружающая среда. М., 2007; Преамбула к Уставу Всемирной организации здравоохранения. URL: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf

А.Б. Салтыков

Здоровье (в философии) — состояние целеполагающей жизнедеятельности, воспроизводящей психофизиологическую потребность в добровольном напряжении.

Проблема З. теснейшим образом связана с проблемой человека, что предполагает антропное (от греч. anthropos — человек) основание дифференциации состояний З. и болезни (отечественный патолог И.В. Давыдовский термины «патология» и «здоровье» относил в разряд интроспективных субъективных представлений). Со З. связаны наиболее специфические или атрибутивные свойства, присущие человеческому роду, — разум, доброта и красота. По мнению философа Э.В. Ильенкова, наряду с интеллектом и нравственностью само З. индивида входит в триаду «тех всеобщих («универсальных») способностей, которые делают его Человеком (а не химиком или токарем)».

В контексте «универсальных» способностей человека медицинский критерий З. — «способность к делу», введенный русским врачом Г.А. Захарьиным, как бы «резюмирует» все многообразие морфофизиологических, психоэмоциональных и духовно-волевых «измерений» индивида, характеризующих его готовность к предстоящему напряжению и открытость детерминации будущим. В состоянии З. целеполагающая жизнедеятельность не лимитируется непосредственно наличными обстоятельствами, и тем самым обретается актуальная свобода «от» них, а вместе с нею — и свобода «к» саморазвитию, к осуществлению определенной цели.

В состоянии З. каждый человеческий индивид способен к освоению и дальнейшему развитию различных форм родовой деятельности. При этом вполне достижима, по замечанию Б.Г. Юдина, растущая независимость человека от ограничений, задаваемых его собственной телесностью, что и позволяет далее утверждать: «Я тем более здоров, чем шире диапазон доступных мне произвольных действий». Возрастание независимости человека от ограничений собственной телесности осуществляется на путях формирования эпиморфных виртуальных функций (Ухтомский А.А.), функциональных органов (Леонтьев А.Н.), функциональных систем (Анохин П.К.) и моделей потребного будущего (Бернштейн Н.А.). Все эти виртуальные органы и функциональные системы формируются не в «имитациях бурной деятельности», а при работе, по выражению А.А. Ухтомского, «во всю силу». По данным современной физиологии труда, только выраженные функциональные траты, приводящие к утомлению, являются стимуляторами восстановительных процессов. Причем специфическая особенность самой морфофизиологии человека такова, что человеческий организм заново себя восстанавливает не возвращением к исходному состоянию, а избыточным самообогащением в структурном и энергетическом выражении (Аршавский И.А.,1982). Наилучший способ охраны З. — это его развитие через совершенствование «способности к делу» в нечрезмерной, но и не в показной работе.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Д. Жирнов

Здоровье для всех (health for all) — направление политики ВОЗ по достижению всеми людьми мира такого уровня здоровья, который позволил бы им вести активную производственную, социальную и личную жизнь. Основная социальная задача правительств и ВОЗ в предстоящие десятилетия — достижение всеми жителями Земли такого уровня здоровья, который позволит им жить продуктивно в социальном и экономическом плане. В 1986 г. эта задача расширена: нацеливает и на создание условий для «возможности отдельного человека или группы людей... управлять окружающей средой». Здоровье рассматривается как ресурс для каждодневной жизни.

▸ Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. ВОЗ, 1998. С. 3. [Используется с 1984 г.]; Health Impact Assessment Toolkit. WHO, 2005 / Руководство по оценке воздействия на здоровье; пер. с англ. Ю.Е. Абросимовой. С. 3

Ю.Е. Абросимова

Здоровье индивидуальное — 1) состояние организма, при котором правильно, нормально действуют все его органы; 2) отсутствие телесных и психических заболеваний, гармоничное сочетание соматического и психологического во всей сложности их соотношений; 3) «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1948); 4) «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» (ФЗ № 323-ФЗ).

В настоящее время существует более 70 дефиниций здоровья; общее в них (Гуревич К.Г., 2012): а) абсолютное здоровье – идеал; б) каждый человек здоров условно; в) каждый может быть здоров в определенных условиях (климат, пища, труд); г) условия, нормальные для одного, могут быть ненормальными для другого. Идеальное здоровье, или эталон, признается как не встречающееся в реальной жизни гипотетическое состояние человека, все составляющие которого соответствуют некоторым теоретическим критериям, гармонично интегрированы, создают условия для полной адаптации человека к природной и социальной действительности, для его самоактуализации и самореализации; соответствует нулевой вероятности болезни.

Определение ВОЗ стало своеобразной революцией в понимании здоровья; термин обозначает не всевозможные состояния человека («здоровье плохое», «здоровье хорошее»), а только позитивные; соответствие различных показателей гомеостаза норме и отсутствие физических дефектов, признаков болезни, психического расстройства являются необходимым, но не достаточным условием констатации З. и., что человек здоров. Наряду с континуумом всевозможных патологий (их глубины) стал изучаться и континуум состояний здоровья, что позволяет выделить некоторое пространство состояний человека – от состояния неблагополучия до состояния полного благополучия – как многоуровневый континуум состояния человека с полюсами «смерть» – полное прекращение жизнедеятельности и «абсолютное здоровье» – раскрытие актуального максимума потенциальных возможностей человека. Уровни этого континуума могут трактоваться как с субъективной, так и с объективной (внешней) точек зрения. Согласно субъективной точке зрения, человек сам для себя определяет уровень своего здоровья, строя «внутреннюю картину здоровья» и «внутреннюю картину болезни» как части «образа мира» (Леонтьев А.Н., 1983). На субъективную трактовку здоровья влияют социальные факторы. Ю.П. Лисицын (в 60–70-е годы прошлого столетия) развил представления о социальных детерминантах здоровья (труды по социально-гигиеническим аспектам психологии и биоэтики, др.); в настоящее время за рубежом и в нашей стране накоплен большой эмпирический материал, подтверждающий значение социальных факторов в поддержании здоровья. Кроме того, в различных обществах, культурах восприятие здоровья может быть неодинаковым: а) античный эталон: здоровье как внутренняя согласованность; б) адаптационный эталон: здоровье как приспособленность индивида к окружающей среде; в) антропоцентрический эталон: здоровье как всесторонняя самореализация и (или) раскрытие творческого и духовного потенциала личности. В 1977 г. ВОЗ расширила понимание здоровья, дополнив его аспектом «социальной и экономической продуктивности».

Исследуются пять основных концептуальных моделей определения понятия «здоровье»: традиционно медицинская (как отсутствие болезней и симптомов, оценка дается лишь с медицинской точки зрения; здоровье в этом контексте – более широкое понятие, чем «болезнь», подразделяется на физическое и психическое), биомедицинская (отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья, биологически нормальное состояние и функционирование организма), биосоциальная (здоровье определяется через биологические и социальные признаки, последним придается приоритетное значение), ценностно-ориентационная (здоровье как ценность для человека, изучается степень удовлетворения потребности быть здоровым) и интегративная (объединяет все предыдущие признаки) модели (Макарова Н.А., Лощилов В.И.).

Кроме рассмотрения физического, психического и социального благополучия как показателей З. и., рассматривается в соответствии с комплексным подходом к человеку и такая комбинация составляющих здоровья, как физическое, психическое, социальное и духовное здоровье. Исполком ВОЗ в январе 1998 г. предложил уточнить определение здоровья и дал его в такой редакции: «Здоровье есть динамическое состояние полного физического, психического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (Резолюция EB101.R2), однако эта последняя формулировка не принята Ассамблеей и государствами-членами, не вступила в силу.

Психическую (душевную) составляющую в понятие здоровья ВОЗ ввела; при этом психическая норма еще не означает психического благополучия. Понятие «психическое благополучие» разными авторами на сегодняшний день трактуется по-своему; наиболее цитируемый автор M. Jahoda (1958) понимает под ним: 1) положительный аттитюд к «Я»;

2) оптимальное развитие, рост и самоактуализацию личности; 3) психологическую интеграцию; 4) личностную автономию; 5) реалистическое восприятие окружения; 6) умение адекватно воздействовать на окружение. Анализ содержания понятия «психическое благополучие» как составляющей здоровья (наряду с его физической и социальной составляющими) может быть осуществлен в контексте различных психологических школ. В зависимости от операционального определения этого понятия их представителями предлагаются соответствующие психодиагностические процедуры и психокоррекционные технологии, способы поддержания позитивного психического состояния, предупреждения заболеваний.

По данным ВОЗ, здоровье зависит от: а) образа жизни и социальных условий (на 50–55 %); б) генетических факторов (на 20–22 %); в) экологической ситуации (на 19–20 %); г) уровня системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи (на 7–10 %). Профилактика заболеваний в большей степени зависит от поведения индивидуума, чем от системы здравоохранения.

Определение здоровья ВОЗ нацеливает практику на позитивные цели. Наряду со старыми технологиями борьбы с болезнями (не утратившими и в настоящее время своей ценности) появляются новые, направленные на «выращивание» здоровья, его охрану (отсюда буквальная трактовка термина «здравоохранение»). Проблема выращивания, поддержания и восстановления здоровья – междисциплинарная проблема.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Творогова Н.Д.* Взгляд на здоровье с точки зрения социопсихосоматической медицины // Сестринское дело. 1997. №2. С. 26–27; *Творогова Н.Д.* Социальное благополучие личности // Сб.: Психология здоровья: семейный аспект. М.: УРАО, 2004. С. 7–12; Психическое благополучие личности // Сб.: Психология здоровья: психологическое благополучие личности. М.: УРАО, 2005. С. 207–217; *Творогова Н.Д.* Духовное здоровье // Вестник университета Российской академии образования. М.: Изд-во Университет РАО, 2006. № 4. С. 44–53;

Н.Д. Творогова

Здоровье населения (population health) – а) группа индикаторов состояния здоровья, на которые влияют физические, биологические и социальные факторы окружающей среды, индивидуальное поведение, медицинская помощь и т. д., а также превалирующий или желаемый уровень З. н. отдельной страны или области либо определенной группы населения (Ласт Д., 2009). З. н. описывает условия, необходимые для достижения желаемого состояния здоровья; б) иногда З. н. означает дисциплины, включенные в изучение детерминант и динамики состояния З. н. Этот термин популярен среди тех, кто занимается рассмотрением социальных и экономических детерминант здоровья.

В 1986 г. Оттавская хартия по укреплению здоровья расширила определение здоровья, добавив к нему «возможности отдельного человека или группы людей... управлять окружающей средой».

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. 2009. С. 71; *Young T.K.* Population Health: Concepts and Methods. N. Y.: Oxford University Press, 1998

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровье общее – состояние оптимальной работоспособности индивида, эффективное исполнение ролей и задач, соответствующих его социальному статусу; состояние, при котором тело функционирует без помех при максимально допустимых нагрузках, вызывая ощущение благополучия, хорошего самочувствия. Основные критерии З. о.: а) структурная и функциональная сохранность органов и систем; б) свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде; в) сохранность привычного самочувствия (Бухановский А.О., 1998).

Персонифицированная парадигма здоровья («индивидуум без признаков патологии есть здоровый человек»), при которой данные медицинского обследования являются основанием для вердикта, отходит в прошлое. Здоровье начинает соотноситься с возможностями и способностями человека, которые определяются им самим.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Здоровье общественное (pablic health as a resource) – а) здоровье населения на групповом и популяционном уровнях, оцениваемое в настоящее время по совокупности медико-демогра-

фических, санитарно-статистических и психологических показателей; б) состояние общества в целом; показатели: рождаемость, смертность, средняя продолжительность жизни и др. В 1977 г. определение здоровья, зафиксированное в 1948 г. Уставом ВОЗ («состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»), было дополнено: «...достижение... состояния здоровья населения всего мира, при котором народы смогут вести продуктивную в социальном и экономическом смысле жизнь». Наряду с понятием «индивидуальное здоровье» было введено понятие «общественное здоровье»; в) практика, мероприятия, учреждения и дисциплины, необходимые для достижения желаемого состояния здоровья населения. Здоровье людей — социальное понятие, его показатели: отчисление валового национального продукта на здравоохранение, доступность первичной медико-санитарной помощи; уровень вакцинопрофилактики населения; степень обследования беременных квалифицированным персоналом; состояние питания детей и подростков; уровень детской смертности (особенно первого года жизни); средняя продолжительность жизни; гигиеническая грамотность населения.

Проблема З. о. рассматривается в контексте кросс-культурного подхода, поскольку культура порождает и поддерживает определенные познавательные, поведенческие стереотипы, которые не всегда способствуют как индивидуальному, так и общественному здоровью. Так, быстрые социальные изменения и недостаточность социальной поддержки — два главных на сегодняшний день выявленных фактора увеличения средних показателей кровяного давления у популяции. Исследования показали, что в культурах, поощряющих людей в их эмоциональной зависимости от других, ниже потребление алкоголя, чем в культурах, поощряющих людей в одиночку справляться со своими проблемами. Важным культурным фактором является также степень, в которой человек чувствует себя способным контролировать свою среду. Некоторые психические нарушения (например, депрессия) могут быть вызваны угрозой потери контроля над средой и острым чувством беспомощности из-за этого.

Здоровье как феномен, обусловленный современными культурными дискурсами (концепциями, знаниями), выступает в качестве явления социального бытия. На протяжении веков меняется понимание человеком себя через призму здоровья. Каждый ориентируется в своей индивидуальной жизни на определенный идеал здоровья, характерный для культуры, к которой он принадлежит. Изменение социальных условий жизни и требований общества к здоровью приводит к изменению представлений отдельных людей о здоровье, о системе согласования цели поддержания своего здоровья с другими жизненными целями. Впрочем, индивидуальный идеал здоровья может существенно расходиться с социальной нормой.

Человек и его здоровье задаются в рамках культурных семиотических представлений (картин мира). Иногда достаточно определить нечто как болезнь, дать ему медицинское название, и соответствующая группа людей начинает чувствовать себя «нездоровыми», ее представители входят в роль больного.

Разные социальные обстоятельства формируют свои специфические практики медикализации человеческой жизни, предлагая средства для достижения здоровья, создавая сам концепт здоровья. Современные социобиотехнологии производят специфические потребности людей в оказании им медицинской помощи. Понятие здоровья и приемы его обеспечения неразрывно связаны с социальными (медицинскими) технологиями (Розин В.М., 2000).

В 1965 г. на конференции психологов и общественных служб психического здоровья в Swampscott (США, штат Массачусетс) зародилась как самостоятельное направление «коммунальная психология». Целью программ общественного психического здоровья стало формирование социальной компетентности населения, направленности на успех, на поддержание и «выращивание» своего здоровья. Коммунальная психология активно использует законы научения в программах модификации поведения. Поведение, паттерны жизненного стиля рассматриваются как фактор риска заболевания. R. Lane (1966) исследует ролевую социализацию и социальную дезорганизацию как причины девиантного поведения. I. Clausen (1966) операционализирует концепции психической болезни и здоровья в терминах теории социального действия, выделяя такие проблемы, как институционализация лечения, аттитюды к больным в обществе, отношение между депривацией больных и отчуждением. В центре мо-

дели H. Kaplan (1972) три основных понятия: культура, статус-роль и социальные отношения.

Общество может оказывать как развивающее, так и сдерживающее или деструктивное влияние на личность, ее здоровье, что дало основание Э. Фромму ввести термин «социально заданная ущербность». Поэтому процессами, влияющими на З. о., следует научиться управлять. Психологические мишени для поддержания З. о. выбираются в зависимости от направленности программы лечения, профилактики, реабилитации (специализированная помощь, например, при наркомании, алкоголизме, туберкулезе и пр.), характера социальной общности, на которую нацелено воздействие (семья, учреждение, общество в целом, население города, района и др.), данных психосоматических исследований (о влиянии психологических факторов на соматическое состояние), контекста культуры (транскультурная психосоматика, социопсихосоматика). Так, при проведении профилактических мероприятий в сфере профессиональной деятельности граждан приходится иметь дело с культурой предпринимательства, организационными конфликтами, социально-психологическим климатом в организации и ее подразделениях, уровнем психологической совместимости и срабатываемостью сотрудников, а при разработке психологических программ, нацеленных на семью, – с динамикой и структурой семейной системы, распределением семейных ролей и пр. При реализации программ на общегосударственном уровне мишенью психологических программ с целью поддержания З. о. могут стать общественное настроение, обычаи, культурные стереотипы, межнациональные и классовые конфликты, информационные потоки (так, отечественными психологами в середине 90-х гг. прошедшего столетия зафиксировано массированное использование средствами массовой информации таких манипулятивных воздействий, как различные виды суггестии, нейролингвистическое программирование, агрессивное вторжение как тип активного навязанного воздействия, нагнетание социальных страхов и пр.), цветовая и звуковая среда обитания человека и пр. Поскольку психологические мишени воздействия меняются, меняются от проекта к проекту и используемые в них психотехнологии. Разработкой таких психотехнологий клинические психологи (это входит в содержание их научной и практической работы) занимаются совместно с социальными, детскими, педагогическими психологами, специалистами в области психологии труда и этнопсихологии и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

К.В. Кулешова

Здоровье психическое (mental health) – состояние психики, обеспечивающее гармоничное, успешное, устойчивое, гибкое функционирование в трудных ситуациях (выбор операциональных характеристик полноценного психического функционирования человека зависит от общего представления о личности и механизмах ее развития, принятых в той или иной психологической школе). ВОЗ в качестве критериев З. п. рассматривает: а) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»; б) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; в) критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам; г) соответствие психических реакций (их адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; д) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами; е) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это; ж) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Во Всемирной организации здравоохранения после Второй мировой войны была образована секция психического здоровья в связи: а) с расширением круга пациентов, пользующихся вниманием специалистов по психическому здоровью: кроме лиц, страдающих тяжелыми эмоциональными расстройствами, в социальные помогающие практики стали вовлекаться и другие недостаточно адаптированные индивиды; б) появлением наряду с «отрицательной» концепцией психического здоровья (понимаемого как отсутствие душевного расстройства) концепции «положительной», в которой душевное здоровье рассматривалось как позитивная ценность, идеал, цель индивида. В середине XX в. в работах Э. Фромма, Л. Франка и др. психическое здоровье стало пониматься как полное раскрытие

творческих возможностей человека; идея обращенности на себя, овладения своей психикой, на которой основано современное представление о психическом здоровье, в этих работах преподносилась как гуманистическая ценность. Однако М. Фуко, его последователи (Rose N. и др.) увидели в общественно санкционированном идеале психического здоровья интериоризованную форму контроля социума над индивидом.

В настоящий период предложены модели З. п., основанные на: а) позитивном определении здоровья, включающем обобщенные характеристики полноценного психического функционирования индивида; б) сравнении и противопоставлении нормы (З. п.) и патологии (традиционные медицинские классификации психического здоровья).

Российские психологи (Карвасарский Б.Д., 1982; Тромбах А.М., 1988; Тхостов А.Ш., 1993; Лебединский В.В., 1994; и др.), решая задачу разделения «психической нормы» и патологии, выделяют четыре основные группы людей с разными показателями З. п.: 1) совершенно здоровые, жалоб нет; 2) легкие функциональные нарушения, о чем свидетельствуют эпизодические жалобы астено-невротического порядка, обусловленные конкретной психотравмирующей ситуацией; 3) люди с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации; 4) клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации. Основной критерий разделения людей на группы по уровню их психического здоровья — наличие жалоб самого человека на трудности жизни среди людей; эти жалобы связаны с тем мифом о здоровье, который осваивает человек в конкретных социальных условиях (Тхостов А.Ш., 1993). В этом понимании здоровья-нездоровья решается традиционная задача отделения психической нормы от патологии.

В качестве первичных индикаторов нездоровья Н.Е. Водопьянова и Н.В. Ходырева (1991) предложили рассматривать следующие: 1) дезадаптация; 2) конфликтность; 3) наличие противоречий в сфере отношений; 4) снижение активности. Показатели дальнейшего снижения здоровья: 5) пассивность жизненной позиции; 6) зависимость от вредных привычек; 7) уход от ответственности. Для перехода к болезни характерны следующие показатели: 8) проявление невротизации; 9) деформация личности; 10) психосоматическое заболевание.

Б.С. Братусь выделил три уровня З. п.: 1) уровень психофизиологического здоровья (определяется особенностями нейрофизиологической организации психических процессов); 2) уровень индивидуально-психологического здоровья (характеризуется способностью к использованию адекватных способов реализации смысловых устремлений); 3) уровень личностного здоровья (это наивысший уровень, который определяется качеством смысловых отношений человека). И.В. Дубровина разделяет понятия «З. п.» (относится к психическим процессам и механизмам) и «психологическое здоровье» (характеризует личность в целом в непрерывной связи с проявлениями человеческого духа). При этом подходе решается задача разделения «психически нормальной» (в традиционно медицинском понимании) и «здоровой» личности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Здоровье психическое в медицине и психологии — 1) в психиатрии: «такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способности к целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные (с учетом этнокультуральных критериев) формы поведения» (Райкрофт Ч., 1995); 2) состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества; 3) в психологии имеется целый спектр определений понятия З. п., связанных с соответствующей психологической школой.

Ч. Райкрофт отмечает тенденцию путать З. п. с понятием нормы: «Здоровье имеет отношение к состоянию целостности и интеграции, тогда как нормальным считают состояние, соответствующее любой норме, которую автор выберет в качестве стандарта для сравнения».

Представители когнитивной психотерапии рассматривают З. п. как «процесс адекватной интерпретации и оценки собственного опыта». По мнению сторонников бихевиорального подхода, З. п. — результат овладения новыми моделями поведения с целью адаптации к среде. В концеп-

ции аналитической психологии при оценке З. п. учитывается выраженность социального интереса; в терминологии А. Адлера «барометр нормальности»: жизнь человека ценна только в той степени, в какой он способствует повышению качества жизни других людей. Согласно К.Г. Юнгу, для достижения З. п. разнонаправленные тенденции личности должны быть интегрированы в согласованное целое, что дает человеку ощущение единства и гармонии. В концепции гуманистической психологии З. п. описывается через понятия самореализации, самоактуализации, аутентичности, стремления личности к смыслу. Согласно А. Маслоу, психически здоровому человеку свойственно чувство любви и ощущение себя любимым, приятие себя и других, спонтанность проявлений, независимость от окружения, свобода от предрассудков, устойчивость к фрустрирующим воздействиям, активная, творческая жизнедеятельность в согласии с универсальными ценностями, готовность учиться у других, философское чувство юмора, свежесть восприятия, осознавание общности со всем человечеством. Э. Фромм говорит о непродуктивных (нездоровых) и продуктивных (здоровых) типах социальных характеров, где представителями продуктивных типов являются люди независимые, честные, спокойные, любящие, творческие, совершающие социально-полезные поступки. Г.В. Оллпорт отмечает тесную связь З. п. личности с ее зрелостью, определяя зрелую личность как личность, активно владеющую своим окружением, обладающую устойчивым единством личностных черт и ценностных ориентаций, способную правильно воспринимать людей и себя. В контексте позитивной психологии М.Й. Варий говорит о наличии у психически здорового человека положительного психоэнергетического потенциала, который обеспечивает осознанное позитивное восприятие окружающего мира, гармонию с ним и с собой, личностный оптимизм и удовольствие от жизни. В понимании З. п. в терминах трансцендирования личность, как любая открытая система, периодически входит в противоречие со своими представлениями, нормами и ценностями. В результате преодоления психической травматизации идет процесс трансцендирования – выход личности за определенные рамки и установление новых границ и норм. Здоровье личности целесообразно оценивать по двум суммарным критериям: успешность выполнения человеком социальных функций и социальная зрелость личности. Б.С. Братусь отмечает общность взглядов многих исследователей по вопросу о том, какие свойства характеризуют здоровую личность. Наиболее часто упоминаются такие черты, как интерес к миру, наличие философии, упорядочивающей жизненный опыт, способность воспринимать с юмором различные жизненные ситуации, целостность личности, навыки построения близких, душевных отношений с окружающими.

Согласно концепции Б.С. Братуся, под З. п. понимается многоуровневая структура, в основании которой находится уровень психофизиологического здоровья; следующий уровень – индивидуально-психологическое здоровье, характеризующееся способностью выбирать адекватные способы реализации устремлений; высший уровень – личностно-смысловой, отражающий результаты поиска своего предназначения, смысла жизни, а также работу по их реализации.

Таким образом, большинство специалистов сходятся в том, что здоровье не может быть сведено к простой сумме нормативных показателей, но представляет собой системное качество, характеризующее человеческое бытие в его целостности. З. п. – это интегральный продукт развития личности, который можно определить как глобальное психическое состояние, характеризующееся динамической гармонией переживаний и связанными с этим эффективностью и успешностью деятельности.

▸ *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1998; *Братусь Б.С.* Психология личности. 2-е изд., доп. Самара: Бахрах-М, 1999; *Варий М.Й.* Общая психология: учебник для студентов психологических и педагогических специальностей. Киев: Центр учебной литературы, 2007; *Елисеев Ю.Ю.* Психосоматические заболевания: справочник. М., 2003; *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2006; *Оллпорт Г.В.* Личность в психологии. М.: КСП Плюс; СПб.: Ювента, 1998; *Положий Б.С.* Социальная психиатрия и общество // Очерки социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 1998. С. 43–72; *Райкрофт Ч.* Критический словарь психоанализа / Пер. с анг. Л. Топоровой, С. Воронина, И. Гвоздева. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995; *Фромм Э.* Иметь или быть? Киев: Ника-Центр, 1998; *Юнг К.Г.* Структура психики и проблема индивидуации. М., 1996; Официальный сайт ВОЗ на русском языке: http://www.who.int/ru/

А.А. Кукшина, Д.А. Верещагина

Здоровье психологическое — комплексный многоаспектный феномен, зависящий от множества факторов, активно обсуждающийся в медицине, психологии, педагогике, физиологии, философии, социологии, акмеологии и др. Каждая из наук изучает свой аспект проблемы здоровья, обогащая понятие «здоровье» новыми смыслами и характеристиками.

З. п. — психологическое свойство развитой личности; его развитие связано с понятием «духовное становление личности», которое осуществляется на основе полноценного психического развития и предполагает полноту и богатство внутреннего мира человека. Результатом духовного развития является психологическая культура личности, которая и обеспечивает З. п. человека.

Не существует общепринятого определения феномена З. п. Представители разных научных направлений в психологии обозначили свой подход к проблеме З. п. с точки зрения развития личности: здоровье личности лежит в ее «самореализации» (Хорни К.), «индивидуации» (Юнг К.), «осуществлении смысла» (Франкл В.), в «стремлении к самосовершенствованию» (Адлер А.), к «самоопределению» (Бюллер Ш.) и др. А. Маслоу писал о двух составляющих З. п.: это, во-первых, стремление людей быть «всем, чем они могут», развивать весь свой потенциал через самоактуализацию, необходимым условием которой, по его мнению, является нахождение человеком верного представления о самом себе; и, во-вторых, стремление к гуманистическим ценностям.

Основные взаимозависимые составляющие З. п. (Дубровина И.В.): а) психическое здоровье, зависящее от полноценности психического развития человека; б) психологическая грамотность, позволяющая человеку осознавать особенности и качества своего психического и личностного развития, осознанно к ним относиться; в) психологическая культура личности, обусловленная развитием ее гуманистической направленности и формирующегося мировоззрения.

З. п. обусловлено, с одной стороны, развитием того, что дала человеку природа, с другой стороны, развитием личности, воспитанием человека как субъекта деятельности и жизни в определенных социальных условиях. Развитие и воспитание имеют одну и ту же цель — помочь растущему человеку как можно полнее реализовать себя в обществе. Однако «развитие обращено к тому, что уже присуще индивиду, а воспитание — к тому, чего у него нет, но что дано в общественной морали, в нравственных нормах и нравственных качествах людей. Воспитание как бы обрамляет развитие, придает качествам индивида нравственный вектор» (Шадриков В.Д.). З. п. зарождается и укрепляется прежде всего в недрах таких социальных институтов, как семья, детский сад, школа, вуз и пр., и является результатом глубинного взаимодействия развития, обучения и воспитания на каждом этапе онтогенеза.

Психическое здоровье человека связано с его психическим развитием, которое идет непрерывно на протяжении всей жизни и имеет в каждом возрастном периоде свои особенности, влияющие на характер этого здоровья. Основы психического здоровья закладываются в дошкольном и младшем школьном возрасте, сенситивном для развития этого феномена, и зависят от той культурной социальной среды, в которой проходит детство человека и которая создает благоприятную «почву» для прорастания черт личностного духовного менталитета и их укрепления на последующих возрастных ступенях.

Полноценное психическое развитие с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и на основе интеграции рационального и эмоционального познания мира ребенком — через знания и переживания, — по сути, является той плодотворной почвой, на которой зарождаются истоки личности и индивидуальности человека, создаются условия для развития не только его общих, но и духовных способностей, интегрирующих в себе интеллект и чувства и закладывающих основу его З. п. Однако само по себе развитие психических процессов не гарантирует З. п. Субъектом последнего является сам человек. А.Н. Леонтьев замечал, что мыслит не мышление, чувствуют не чувства, стремится не стремление — мыслит, чувствует и стремится человек. На это же обращал внимание А.Ф. Лосев, замечая, что не ухо воспринимает музыку, а человеческое «Я» при посредстве уха. Ухо — орган и инструмент, а не субъект восприятия.

Сенситивным периодом укрепления З. п. является подростковый возраст, когда, по словам Л.С. Выготского, в драму развития (в связи с формированием самосознания) вступает новое действующее лицо, новый качественно своеобразный фактор —

личность самого подростка. Происходит постепенное осознание и принятие подростком особенностей своего психического развития, своей личности, своих предпочтений, устремлений, ценностей на основе осознанного же отношения к миру, людям, самому себе, к своим способностям, возможностям, к смыслу своего существования. Осознание — это необходимое условие и первая ступень произвольного овладения своим психическим состоянием, чувствами, поведением. В становлении З. п. человека главным является то, чем лично для него становятся те мысли, которые его «посещают», те знания, которые он получает, те стремления, которые у него возникают, та музыка, которую он воспринимает, те люди, которые его окружают, и др. Пережитые и осознанные ребенком знания, отношения, эмоциональные состояния создают духовный опыт, в котором накапливаются постепенно его представления о себе, о людях, о мире, формируя его внутренний мир. Рождение личности связано с развитием внутреннего (субъективного) мира.

Чтобы осознавать самого себя, управлять и властвовать собою, надо себя знать, а для этого — иметь научные представления о психологии человека. Важным содержательным аспектом психологической грамотности, по утверждению Е.А. Климова, является собственно научная — пусть элементарная, но истинная — осведомленность о фактах и закономерностях, характеризующих субъективный мир человека. Субъективный (внутренний) мир личности включает в себя: язык, интеллектуальные, нравственные, волевые качества, потребности, мотивы, желания, чувства, эмоции, отношения, знания, творчество и т. п. Осознание и развитие этих психологических феноменов составляет базу для освоения необходимых нравственных, социальных и культурных ценностей. Без этой базы никакая культура — культура искусств, литературы, науки, религии, культура общения, отношений и поведения и пр. — не может стать собственным достоянием человека, что ведет к ущербности развития его психики и не способствует укреплению его З. п. Задача школьной подготовки должна состоять в том, чтобы обеспечить каждому учащемуся необходимый минимум научных психологических знаний и доступных средств индивидуального развития, которые составили бы базу для освоения им необходимых культурных ценностей.

Психологическая грамотность несет в себе потенциальную возможность воспитания психологической культуры личности. Рождение психологически здоровой личности связано с осознанием взрослеющим человеком не только себя в мире, но себя во взаимодействии с этим миром, с формированием гуманистического мировоззрения, с пониманием сути этических аспектов социальных процессов, с развитием духовных способностей, которые определяют качественную специфику его поведения. Воспитание такой личности обусловлено развитием духовных потребностей в познании и самопознании, рефлексии, красоте, творчестве, общении, поиске смысла жизни и предполагает тонкость и богатство эмоциональной сферы человека, что помогает ему воспринимать и понимать чувства и переживания других людей, откликаться на них. Отношение к человеку как высшей ценности составляет основу нравственных (моральных) чувств и духовности личности. Можно предположить, что ядром психологической культуры личности является совесть — комплекс эмоциональных переживаний, основанных на осознании безусловной нравственной ответственности перед людьми, обществом и самим собой за свои отношения, действия, за свое поведение и общение. «Совесть занимает особое место в структуре внутреннего мира. Совесть выступает в форме внутреннего императива, определяющего поведение человека при достижении самых разных целей» (Шадриков В.Д.). Именно сообразуясь с собственной совестью, человек делает выбор во всех случаях жизни. Поступок по совести — это поступок с учетом чувств и интересов другого человека или других людей. Феномен совести тесно связан: 1) с феноменом чести; не случайно ряд мыслителей замечают, что честь — это внешняя совесть, а совесть — это внутренняя честь; 2) феноменом «долг» (нравственная обязанность): сознание выполненного долга переживается как «чистая совесть», нарушение долга сопровождается «угрызениями совести». «Жить совестливо, соизмеряя свои индивидуальные потребности, желания с тем, что вменяется чувством долга, — значит поступать ответственно, сознательно, мотивированно, то есть личностно в самом широком смысле этого слова» (Толстых В.). Бытие по совести позволяет человеку поддерживать на должном уровне уважение к са-

мому себе. Если человек поступает, живет, трудится «по совести», он психологически здоров. Ему не надо внутренне «казнить» себя, ожидать и бояться последствий своего неблаговидного поступка, недобросовестно выполненной работы, предвзятого отношения, чувства зависти, недоброжелательности. Ему не надо пытаться оправдываться перед собой, возлагая мысленно вину за создание неприятной ситуации на другого. В противном случае все это усугубляет психологическое напряжение, ведет к постепенному распаду личности, а следовательно, к утрате и психологического, и психического здоровья. «Да, жалок тот, в ком совесть нечиста!» – восклицал А.С. Пушкин. Зрелость личности, являясь основой психологической культуры, никогда не бывает законченным этапом своего развития. В личности постепенно «созревают» важнейшие психологические образования, усложняясь и обогащаясь на каждом из последующих возрастных этапов, в каждой новой социальной ситуации развития. Так, в школьном возрасте при решении проблем самоопределения должно постепенно формироваться понимание и признание учащимися: целей, которые человек себе ставит; средств достижения целей; усилий – физических и духовных, которые он готов приложить для достижения целей; характера; глубины и направленности эмоциональных переживаний; своих личностных обязанностей, прав и ответственности по отношению к себе, обществу, другим людям. Истинное высшее образование предполагает приобщение человека не только к знаниям и основам профессионального умения, но и духовным ценностям, представленным в культуре. Именно в годы учебы в вузе и колледже закладывается духовно-нравственная составляющая профессионализма – чувство личной ответственности за исполнение и результат профессиональной деятельности. В.А. Пономаренко справедливо замечает, что мотивом к нравственной организации профессиональной деятельности выступает не столько юридическая ответственность, страх наказания и потери работы, сколько духовная субстанция в виде доверия, которое оказали тебе люди, т. е. совесть. Бытие по совести позволяет человеку поддерживать на должном уровне уважение к самому себе, что обеспечивает З. п. будущего деятеля. Форма проявления развивающейся с годами совести – нравственная ответственность самого человека за свои решения, поступки, за все, что он делает в этом мире, в целом – за определение нравственного смысла своей жизни и нахождение путей его реализации. Психологическая культура личности выпускника школы может рассматриваться как показатель его нормального психического развития и З. п. Важно, чтобы система и послешкольного (среднего специального и вузовского) образования во всех своих программах и инновациях сохраняла принцип приоритета личности взрослеющего человека, принцип гарантии поддержания его З. п.

Между содержательными характеристиками З. п. и психологической грамотностью осуществляются постоянные взаимодействия, которые способствуют развитию человека как человека и при соблюдении определенных психолого-педагогических условий создают основу для воспитания психологической культуры личности, которая и обеспечивает устойчивость З. п. человека.

▸ *Дубровина И.В.* Психологические аспекты здоровья: психическое здоровье, психологическое здоровье // И.В. Дубровина. Практическая психология в лабиринтах современного образования. М., 2014; Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. М., 1995; *Она же*. Истоки и условия развития психологического здоровья школьников // Вестник практической психологии образования. 2013. № 3; *Она же*. Психологическая культура личности // Развитие личности. 2011. № 4

И.В. Дубровина

Здоровье сексуальное – комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви (по определению ВОЗ).

Оценивается З. с. по следующим показателям: 1) способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики; 2) свобода от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальное взаимодействие; 3) отсутствие органических расстройств, заболеваний и недостаточностей, ме-

шающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

З. с. тесно связано с понятием нормы, которое в сексологии имеет не только моральный, статистический и физиологический контекст, но также возрастной и конституциональный (т. е. индивидуальный) характер. В консультативной и терапевтической практике поддающимся тестированию индикатором З. с. выступает уровень сексуальной адаптации супружеской (партнерской) пары.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Здоровья состояние (health status) – уровень, до которого человек в состоянии функционировать физически, эмоционально и социально при помощи или без помощи системы здравоохранения.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 72

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровья ценность – обеспечивается сформированностью понимания его значимости для активной и продуктивной жизнедеятельности.

Вопросами охраны здоровья активно занимались первые русские профессора-энциклопедисты С.Г. Зыбелин, Н.М. Максимович-Амбодик, С. Ели, А.П. Протасов и др. Их идеи активно развивали общественные деятели И.И. Бецкой, Н.И. Новиков, А.Н. Радищев и др. Труды ученых второй половины XIX в. Э. Бока, Г.А. Захарьина, С.П. Боткина, И.М. Сеченова, Н.И. Пирогова привлекли внимание различных слоев российского общества к проблеме здоровья нации, в том числе подрастающего поколения, и обозначили приоритеты в отечественной науке на рубеже веков, подчеркивая ценность здоровья.

Проблема здоровья в нашей стране актуальна и в настоящий период, особенно с учетом его состояния: многочисленные исследования показывают, что уровень детской смертности в России выше, чем в других европейских странах; велика общая смертность населения; в нарушение естественных законов быстрее всех умирает работоспособное поколение людей в возрасте от 20 до 40 лет; катастрофически низка продолжительность жизни мужчин: мальчики, рожденные в настоящее время, имеют незначительные шансы дожить до пенсионного возраста. В настоящее время в России число потребляющих наркотические вещества приближается к 3 %; порог первого употребления наркотиков среди детей снизился с 17 до 6 лет. В 13–14 лет курит почти треть молодежи этого возраста, а своего максимума (58,2 %) доля курящих достигает к 18–19 годам. В 13–14 лет потребляет алкогольные напитки, в том числе пиво, каждый третий из указанной возрастной группы, в 15–16 лет эта цифра достигает 60 %. Тем не менее есть данные, что здоровье не всегда выступает ведущей жизненно важной ценностью: более трети опрошенных не называют его в числе основных жизненных ценностей; даже при высоком рейтинге З. ц. повседневно люди не ведут здоровый образ жизни (согласно данным Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья человека лишь на 15 % зависит от организации медицинской службы, столько же приходится на генетические особенности, на 60 % здоровье определяется образом жизни).

В современной науке здоровье рассматривается как сложное, многофакторное явление, определяющее репродуктивные и созидательные возможности и развитие как отдельных субъектов, так и целых сообществ. Изучение значимости здоровья для профессиональной деятельности имеет давнюю историю. Уже в древности здоровье понималось философами как главное условие свободной деятельности человека, его совершенства. Джон Локк писал, что здоровый дух в здоровом теле представляет описание счастливого состояния в этом мире, что позволяет продвигаться вперед по жизненному пути. Шотландский мыслитель Адам Смит считал, что жизнь и здоровье составляют главный предмет заботы, внушаемой каждому человеку природой, а благоразумие, направленное для сохранения здоровья, считается почтенным качеством. О положительном влиянии состояния здоровья человека на его жизненные успехи писал и Клод Гельвеций, отмечая, что задача воспитания заключается в том, чтобы сделать человека более сильным, более крепким, более здоровым, следовательно, более счастливым, более часто приносящим пользу своему отечеству. М.В. Ломоносов главным государственным делом считал сохранение и размножение народа, полагая, что именно в этом и состоит могущество и богатство государства. В качестве главной цели он

ставил улучшение быта народа, его благосостояния путем распространения культуры, научных и медицинских знаний. М.В. Ломоносов из-за высокой детской смертности и заболеваемости в России тех времен придавал государственное значение вопросам охраны здоровья и здорового образа жизни (организация правильного режима питания, распорядок дня, медицинская помощь); его стараниями с середины XVIII в. вопросы здоровья начинают занимать особое место в отечественной медицине и педагогике.

В настоящее время при рассмотрении вопроса о соотношении здоровья и успешности профессиональной деятельности применяется комплексный интегративный психолого-акмеологический подход. Исследованы позиции респондентов, связанные с субъективной оценкой влияния состояния здоровья на профессиональную деятельность: 72,7 % опрошенных считают, что профессиональная деятельность существенно зависит от состояния здоровья человека; при этом только 8 % респондентов выделили здоровье как необходимое условие достижения собственного успеха в профессиональной деятельности. Исследована система ценностей специалистов с использованием методики М. Рокича; доминирующие позиции в иерархии терминальных ценностей заняли: «материально обеспеченная жизнь» («отсутствие материальных затруднений»), «здоровье» («физическое и психическое»), «счастливая семейная жизнь», «интересная работа», «общественное признание». Здоровье в данной иерархии занимает достаточно высокое, второе место; вместе с тем большинство респондентов считают, что трудолюбие и продуктивность в работе — самые важные факторы для достижения успехов, а здоровье как фактор успеха заняло восьмое место. Полученные данные опровергли представления о понимании значимости здоровья профессионально самореализующимися специалистами; следовательно, и у этой группы населения необходимо формировать отношение к здоровью как ценности, чтобы способствовать их приобщению к здоровому образу жизни.

▸ *Богачева Т.Ю.* Карьера и здоровье: опыт психологического исследования // Акмеология. 2009. № 4; *Богачева Т.Ю., Синягина Н.Ю.* Формирование у школьников отношения к здоровью как ценности // Воспитание школьников. 2009. № 8

Т.Ю. Богачева

Зонда феномен — специфическое ощущение человеком границ своего тела, а также орудия, которым он действует, и среды, с которой он соприкасается. Человек парадоксальным образом выносит границы собственной телесности на границу зонда, которым манипулирует; при этом физиологические ощущения локализуются не на границе «рука — зонд», а на границе «зонд — объект» (например, хирург, нащупывающий инородное тело с помощью зонда, ощущает реальность на границе «зонд — среда»). Впервые описан А.Н. Леонтьевым.

Исследование данного феномена послужило основанием для многочисленных публикаций, связанных с природой сознания человека, которое рассматривается как способность к дифференциации ощущений на границе освоенной реальности, в качестве которой выступает человеческое тело (своего рода зонд). В идеале человек не чувствует своего тела, а ощущает ту реальность, которая находится на его границе, за его пределами. Именно реальность, находящаяся на границе телесности человека, структурируется с помощью доступных ему знаковых средств и образует ткань сознания.

Биологические системы (обладающие сознанием) рассматриваются как референтные и самореферентные. Под первым понимается способность ориентироваться в окружающей среде, под вторым — способность ориентироваться в собственных ментальных репрезентациях. Процессы референции выполняют функцию восстановления гомеостатического равновесия между организмом и средой (референция) и между частями организма как целостной системы (автореференция). В случае болезни схема тела изменяется, что ведет к изменению «культурного тела» (Тхостов А.Ш.), в результате чего меняется структура феноменальной реальности и, как следствие этого, привычные способы взаимодействия со средой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.С. Калашников

Идиотия (греч. idioteia — невежество) — устаревший термин, обозначает наиболее тяжелую форму умственного недоразвития, олигофрении. При И. практически совершенно отсутствует речь, не вырабатываются элементарные навыки. Движения

неуклюжи, некоординированы. Больные не в состоянии обслуживать себя, нуждаются в уходе.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Измененные состояния сознания — состояния человека, в которых происходит: 1) переход от нормированных культурой способов упорядочения внутреннего опыта и переживаний к иным, нестандартным формам категоризации. Этот процесс включает переход от преимущественной опоры на вербально-логические, понятийные структуры к отражению в форме наглядно-чувственных (довербальных) образов; 2) изменения эмоциональной окраски представленного в сознании внутреннего опыта (например, возникают интенсивные эмоциональные переживания новизны, необычности, ирреальности, сопровождающие переход к новым формам категоризации); 3) изменения процессов самоосознания, рефлексии, проявляющиеся в том, что некоторые элементы феноменологии И. с. с. переживаются субъектом не как продукты собственной психической активности, а как нечто объективное и независимое от него (например, интерпретация внутреннего опыта как откровения свыше: «было мне видение», «слышал я голос» и т. п.); 4) изменения восприятия времени, последовательности происходящих во внутренней реальности событий, частичная или полная их амнезия, обусловленная трудностью, а иногда и невозможностью перевода внутреннего опыта, полученного в И. с. с., на «язык» социально-нормированных форм категоризации (например, сложность воспроизведения последовательности событий сновидения в бодрствующем состоянии).

И. с. с. возникают при воздействии на личность в обычном состоянии сознания различных факторов (например, стрессовые, аффектогенные ситуации; сенсорная депривация или длительная изоляция; интоксикация — психоделические феномены, галлюцинации на фоне высокой температуры и др.; при гипервентиляции или, напротив, длительной задержке дыхания; при создании когнитивно-конфликтных ситуаций, выбивающих сознание субъекта из привычных форм категоризации, например необычное поведение наставника в чань-буддизме, применение коанов, парадоксальных инструкций, не выполнимых в логике обычного состояния сознания и приобретающих осмысленность для субъекта лишь в «логике И. с. с.» и т. п.); в гипнозе и медитации; в случаях острых невротических и психотических заболеваний и др.

В современной психологии разрабатываются различные модели, описывающие И. с. с: дискретные (Tart Ch., 1975), континуальные (Martindale C., 1981) и дискретно-континуальные (Dittrih A., 1981). Основываясь на представлении о сознании как сложно организованной, системной конструкции, Ч. Тарт развивает концепцию прерывных или дискретных состояний сознания, каждое из которых описывается им как уникальная динамическая структура, как совокупность психических подсистем, устойчивая взаимосвязь физиологических и психических процессов. Несмотря на возможные значительные изменения отдельных подсистем или определенной перемены внешних условий, сама структура остается стабильной благодаря процессам, поддерживающим ее самоидентичность и функционирование. Переход от дискретного состояния сознания к дискретному измененному состоянию, называемый Ч. Тартом процессом наведения дискретного И. с. с., происходит скачкообразно с полным разрывом специфических взаимосвязей психических подсистем и их последующей перестройкой в новую, стабильную структуру сознания.

Противоположной Ч. Тарту точки зрения придерживается К. Мартиндейл, являющийся представителем континуального подхода к моделированию И. с. с. В своей теории непрерывных состояний сознания он основывается на предположении о том, что индуцирование И. с. с. при действии совершенно различных факторов происходит практически по одному и тому же механизму — постепенной регрессии от обычного состояния сознания к измененным состояниям. По мере постепенной регрессии сознания все основные психологические показатели меняются плавно, без скачков. К. Мартиндейл предлагает одномерную ось: обычное состояние сознания — бессознательное. Все остальные точки прямой соответствуют всевозможным И. с. с., непрерывно переходящим одно в другое. Так как ось одномерная, то различные И. с. с. отличаются только одним значимым параметром — положением на оси регрессии, а разные воздействующие факторы, приводящие к одному и тому же И. с. с., приравниваются друг к другу.

В соответствии с теорией смежных состояний сознания А. Дитриха, И. с. с. дискретны, т. к. ими управляют разные закономерности, но и одновременно в большой степени континуальны, что устанавливается их корреляцией между собой. В связи с этим А. Дитрих предлагает новый взгляд на патологию: по данным эмпирических обследований влияния психофармакологии на больных шизофренией и на здоровых людей, измененные состояния патологии обнаруживают значительную смежность с измененными состояниями нормы. Интересно, что подобный подход развивается в психиатрических исследованиях еще с 60-х гг. прошлого века, когда было показано, что существует сильная корреляция между переживаниями здорового человека при действии различных психоделиков и симптоматологией шизофрении (теория «смоделированного психоза»).

В рамках трансперсональной психологии предложен ряд классификаций, систематизирующих и описывающих необычные переживания личности в И. с. с., и модели психики, на них основывающиеся (самые известные из них: спектр сознания К. Уилбера (Wilber, 1977); картография внутренних пространств С. Грофа (Grof, 1976); модель холодвижения — Holomovement (от греч. holos — цельный и англ. movement — движение) Д. Бома (Bohm, 1980); основанная на философии буддизма модель личности Р. Уолша и Ф. Воган (Walsh, Vaughan, 1980)).

В отечественной психологии в рамках психосемантического подхода (Петренко В.Ф., Кучеренко В.В., 1988) И. с. с. рассматриваются через изменение форм категоризации сознания субъекта, трансформацию его семантических пространств. В.В. Налимовым разработана вероятностно ориентированная личностная модель сознания (Налимов В.В., 1989) и совместно с Ж.А. Дрогалиной проводятся исследования И. с. с., вызываемых с помощью направленной медитации (Nalimov, 1982). Изменения в работе языковых систем и речеобразующих механизмов при И. с. с. изучаются Д.Л. Спиваком (1986, 1989). Динамика рефлексивной активности сознания в И. с. с. исследуется А.В. Россохиным (1993, 1995) с позиций интерактивного подхода. В отличие от холотропной терапии С. Грофа (1985), в которой постулируется спонтанное и самопроизвольное достижение интеграции личности при погружении в И. с. с. и считается, что лучшей стратегией для переживаний в И. с. с. является прекращение рефлексии и полное доверие глубинной логике бессознательного (Гостев А., 1992), в интерактивной психотерапии основное внимание уделяется активной внутренней работе с самими формами рефлексии, их перестройке и налаживанию новых, более целостных взаимоотношений сознательного «Я» и активизирующихся в И. с. с. ранее неосознаваемых частей личности.

Исследования И. с. с. ведутся не только с теоретических или лабораторно-экспериментальных позиций, но и в рамках психотерапевтического использования широкого спектра методик, индуцирующих И. с. с., гуманистического и трансперсонального направлений. Говоря о методах, использующих индуцирование И. с. с., следует вслед за М. Эриксоном проводить различие между техническими приемами наведения транса (техники наведения транса в гипнозе, интенсивное дыхание, ритмичные движения, пение мантр и т. п.) и методами непосредственно психотерапевтической работы в возникшем И. с. с. Анализируя способность различных технических приемов индуцировать И. с. с. той или иной глубины с точки зрения континуальной модели, можно отметить, что отсутствие качественных различий между разными формами трансовых состояний предполагает и отсутствие качественных различий между существующими средствами их достижения. В этом случае они представляют собой лишь различные пути, разные «входы» в мир И. с. с. Например, феноменология состояний, возникающих в результате использования ЛСД (Грофф С.), воспроизводится и при применении дыхательных техник; воспроизведение пережитых ранее И. с. с. возможно при использовании гипноза и т. д. Из дискретной модели И. с. с. следует, что качественные различия между разными формами и ступенями И. с. с. должны обнаруживаться и при использовании разных способов их наведения. Каждый прием имеет свой определенный «радиус действия», т. е. позволяет попасть лишь в определенную область сферы И. с. с. Чтобы попасть в другую область, следует использовать другой технический прием. С точки зрения дискретно-континуальной модели рабочая зона каждой психотехники определяется ее количественными и качественными характеристиками. Качественная характеристика отражает направленность приема, его релевантность определенной области континуу-

ма И. с. с., соответствие качественным характеристикам доступных ему видов или форм И. с. с. Количественная характеристика – сфера охвата, размеры области континуума И. с. с., доступной при использовании данной техники.

Изучение феноменологии И. с. с., получаемой при психотерапии, позволяет переосмыслить проблему сознания, резервов психики, сущности человека. Теоретические и эмпирические исследования И. с. с., в свою очередь, дают не только богатую феноменологию для психотерапии и клинической психологии и позволяют разрабатывать новые, высокоэффективные методы терапии, но и намечают пути к ответу на многие сложные вопросы теоретической психологии, например к выяснению механизмов функционирования творческого мышления на бессознательном уровне.

Тематика И. с. с., являясь фундаментальной проблемой психологии сознания, в то же время имеет междисциплинарный характер и представляет собой область науки, в которой тесно пересекаются интересы общей психологии, клинической психологии, психиатрии, искусственного интеллекта, социальной психологии и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.В. Кучеренко, В.Ф. Петренко, А.В. Россохин

Имбецильность (лат. imbecillus – слабый, немощный) – устаревший термин (чаще используется термин «задержка умственного развития»), обозначает степень олигофрении, промежуточную между дебильностью и идиотией. Характеризуется недоразвитием и дефектностью речи, скудным словарным запасом; запас сведений и знаний ничтожен, образование отвлеченных понятий недоступно. При настойчивом обучении имбецилам можно привить элементарные навыки самообслуживания. В зависимости от особенностей аффективно-волевой сферы различают имбецилов добродушных, мягких, с преимущественно хорошим настроением и имбецилов злобных, возбудимых, мстительных.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Импотенция (лат. impotentia – слабость, бессилие) – 1) половое бессилие; 2) неспособность мужчины к половому акту (рекомендуется использовать термин «расстройство эрекции у мужчин»).

И. первичная – полная неспособность к половому акту (неспособность достигать и сохранять эрекцию), И. вторичная – неспособность только с некоторыми сексуальными объектами или в определенных ситуациях, И. психогенная – И. при отсутствии любой органической дисфункции.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Инверсия (в психологии) (лат. inversio – переворачивание, перестановка) – процесс и результат нарушения нормального порядка и последовательности элементов, их перестановка, переворачивание или замена иногда на противоположные. Феномен И. распространяется на мотивы, установки, желания, реакции, поведение и т. д. Понятие «И.» было введено в научный оборот в 1882 г. французскими психиатрами и неврологами Ж. Шарко и В. Маньяном. Наиболее распространенное современное значение понятию И. придал З. Фрейд, предложивший толкование И. как типа сексуальной ориентации мужчин и женщин, отличительным признаком которого является избрание в качестве сексуального объекта лиц собственного пола. В психоанализе З. Фрейда И. характеризуется фиксацией либидо на лицах своего пола; по степени инвертации людей З. Фрейд выделял три основных типа поведения: 1) абсолютно инвертированное, когда сексуальный объект может быть только того же пола; 2) амфигенно инвертированное (психосексуальный гермафродитизм), когда сексуальный объект относится к собственному и (или) противоположному полу; 3) случайно инвертированное, когда в ситуации недоступности сексуального объекта противоположного пола (или при подражании) в качестве объекта выбирается лицо собственного пола и половой акт с ним доставляет удовлетворение. Во временном плане З. Фрейд выделял три вариации: 1) постоянная И.; 2) периодическая И.; 3) эпизодическая И.

По З. Фрейду, психический механизм И., т. е. совокупность психических состояний и процессов, обусловливающих ее возникновение, развитие и функционирование, формируется в детстве в фазе кратковременной, но интенсивной фиксации на женщине (большей частью на матери). В результате преодоления фиксации инвертированные отож-

дествляют себя с матерью и избирают в сексуальные объекты самих себя. Например, мужчины выбирают мужчин, похожих на них, и хотят любить их так, как любила их мать. Постоянно воспроизводя психический механизм появления И., инвертированные мужчины переносят на мужчин вызванное женщинами возбуждение, в силу чего их навязчивое устремление к мужчинам обусловливается их «тревожным бегством от женщины».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Интроекция (в психоанализе) (лат. intro – движение внутрь и jacere – бросать) – процесс и результат столь полного введения и включения индивидом в свой внутренний мир (психику) воспринимаемых им фрагментов внешнего мира (образов, взглядов, мотивов, установок других людей и пр.), когда он уже не различает собственные и несобственные представления и фантазии. Понятие И. было введено в научный оборот Ш. Ференци для обозначения процессов и явлений, противоположных (контрастных) проекции. З. Фрейд истолковывал И. как психический механизм, являющийся одной из основ идентификации и играющий значительную роль в процессе формирования СуперЭго (Сверх-Я). Понятие И. употреблялось также З. Фрейдом и его последователями как синоним оральной инкорпорации. В психоаналитической традиции (Абрахам К., Клейн М. и др.) значительное внимание уделялось исследованию различных параметров и качеств интроецированных (внутренних) объектов, которые понимались как специфические психические структуры, образовавшиеся в результате И. В психиатрии И. понимается преимущественно как процесс и результат отождествления себя с образом другого человека (идеального или исторического героя, влиятельного лица и т. д.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Инфантилизм (лат. infantilis – детский, младенческий) – патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением присущих детскому или подростковому возрасту особенностей организма и формирующейся личности. И. может, во-первых, проявляться в недостаточности развития двигательных функций, наблюдающейся параллельно с запаздыванием умственного развития; во-вторых, в форме психического И., при котором наблюдаются неустойчивость настроения, неконтролируемость влечений и желаний, целевой активности и т. п. Различают органический И. (при олигофрении), дисгармонический И. (при психопатиях) и гармонический вариант психического И., не связанный с задержками умственного и физического развития.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Инцест, инцестуозность (в психоанализе) (лат. incestum – нечистый, порочный) – сексуальные отношения (коитус) с кровными родственниками (родителями и детьми, братьями и сестрами и т. д.); кровосмешение.

Предполагается, что в первобытном обществе И. был довольно широко распространен и в ряде ситуаций выступал в качестве доминирующей (или общепринятой) формы сексуальной жизни различных человеческих сообществ. В процессе эволюции культуры был практически повсеместно запрещен.

В XX в. проблема И. привлекла внимание ученых и общественности главным образом вследствие знакомства с результатами различных сексологических исследований и интерпретацией И. в психоанализе З. Фрейда и в работах его последователей. По З. Фрейду, установление в первобытном обществе табу на И. явилось одним из важнейших моментов и одним из пусковых механизмов создания морали и культуры. Однако вместе с тем он настаивал на существовании врожденного (наследуемого) инцестуозного неосознаваемого (бессознательного) влечения и осознаваемых инцестуозных фантазий, которые у всех людей в детские годы направлены на родителей. З. Фрейд считал, что в зависимости от переживания эдипова комплекса формируются психика и личность человека и что при определенных обстоятельствах инцестуозное влечение (в форме эдипова комплекса) инициирует возникновение невроза и становится одним из его компонентов.

В аналитической психологии К. Юнга, наряду с частичным принятием идей З. Фрейда, исследовались врожденное, бессознательное инцестуозное влечение девочки к отцу (комплекс Электры), инце-

стуозные чувства, различные психические аспекты инцестуозных фантазий, психологическая ценность, место и роль табу на И. в создании здорового общества.

В гуманистическом психоанализе Э. Фромма инцестуозность истолковывалась расширительно и приобрела межличностные и социологические измерения. Признавая наличие инцестуозных влечений у детей, Э. Фромм вместе с тем полагал, что в стандартных ситуациях порождаемые ими коллизии разрешаются относительно безболезненно, хотя в аномальных случаях могут предопределить многие моменты жизни человека и его судьбу. Например, мужчина, полностью не изживший эдипов комплекс, всю оставшуюся жизнь будет испытывать сексуальное влечение только к таким женщинам, которые по отношению к нему будут выполнять материнские функции любви, восхищения и надежной защиты. Согласно Э. Фромму, избыточная привязанность к матери зачастую приводит к возникновению «инцестуозного симбиоза», под которым он понимал явление и уровень наиболее глубокой связи с матерью или ее эквивалентными заместителями (семьей, племенем и т. п.), характеризуемые определенной неотъемлемостью. Но при этом, по Э. Фромму, основная причина сильной эмоциональной привязанности к матери, нередко обретающая форму невротического синдрома, кроется не столько в сексуальном тяготении, сколько в экзистенциальных ситуациях. Определенной новацией Э. Фромма в истолковании проблем И. стало выделение им особого злокачественного типа инцестуозного влечения, который, по его мнению, является главным корнем некрофилии. Э. Фромм, например, считал, что именно этот тип И. обусловил основные характеристики и направленность личности А. Гитлера. Считая первичные инцестуозные ориентации и привязанности человека существенными ограничителями его взаимодействия с другими людьми, Э. Фромм утверждал, что нормальное становление человека предполагает обрыв инцестуозных связей и обретение свободы. При этом он полагал, что привязанность к родителям является фундаментальной, но далеко не единственной формой И., поскольку в процессе социальной эволюции домашними и родными для человека становятся племя, нация, раса, государство, класс, политическая партия и множество других институциональных структур и организаций, отношение к которым со стороны индивида носит неосознаваемый «инцестуозный» характер. По Э. Фромму, инцестуозные ориентации и привязанности питают национализм и расизм, которые являются симптомами неспособности человека воспринимать себя и других в качестве свободных существ. Настаивая на том, что развитие человечества идет в направлении от инцеста к свободе, Э. Фромм считал, что именно это обстоятельство дает ключ к объяснению универсальности табу на И.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Ипохондрия (греч. hypochondria — подреберье, где, по мнению древних, локализуется болезненный источник этого состояния) — состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями (например, канцерофобия, кардиофобия и т. п.). При И. человек переоценивает тяжесть менее серьезного заболевания или убежден в том, что он страдает тяжелым недугом; это ведет к компульсивному (компульсии — неконтролируемые повторяющиеся действия) поиску лечения. В соответствии со степенью выраженности проявлений (от мнительности до бредовой убежденности) выделяют различные виды И. (обсессивная, депрессивная и бредовая). И. наблюдается при астено-невротических состояниях, психастенической психопатии и акцентуации характера, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

О.Б. Борисовская

Истерическая конверсия (в психиатрии) (лат. converto — направлять в другую сторону) — изменение направления аффекта, при котором эмоциональная реакция отщепляется от содержания психической травмы и направляется по другому руслу, например в сторону вегетативной или двигательной сфер (психоаналитическая версия).

В отечественной психиатрии термин «истероконверсионный» понимается как синоним термина «истеро-невротический» (на синдромальном уровне) и независимо от патопсихологических трактовок рассматривается как один из вариантов

соматизирования истерических или истероформных психических расстройств (Смулевич А.Б.,1984). При этом имеются в виду функциональные расстройства чувствительно-двигательной сферы и деятельности внутренних органов, не обнаруживающие органической основы, характеризующиеся необычностью, причудливостью локализации болезненных расстройств, которые соответствуют обывательским представлениям об анатомии и функции органов.

В числе диагностических указаний: а) отсутствие какого-либо физического или неврологического нарушения, с которым могли бы быть связаны выявленные симптомы; б) наличие психогенной обусловленности в форме четкой связи по времени со стрессовыми событиями или проблемами либо нарушенными взаимоотношениями (даже если они отрицаются больным).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Истерия (в психиатрии) — класс неврозов, известный со времен Гиппократа и относимый в античные времена к болезням матки (греч. hystera — матка). В настоящее время термины, включающие слово «истерический» (например: «истерические припадки», «истерические парезы» и пр.), практически исключены из всех классификаций. В современной литературе термин «психогенный» широко используется для обозначения истерических неврологических синдромов; альтернатива ему — определение «функциональные или функционально-неврологические расстройства». Со времен З. Фрейда для обозначения истерических расстройств используют определение «конверсионный», что означает трансформацию психических проблем в телесные. Термин «конверсионный» вошел в последние классификации (DSM-III–IV, МКБ-10) и используется в качестве официального диагноза при наличии психогенных неврологических расстройств в рамках И. В последней международной классификации (МКБ-10) как синоним «конверсионного» используется термин «диссоциативный» для обозначения истерических неврологических расстройств.

Таким образом, из всего многообразия терминов для обозначения истерических расстройств в настоящее время наиболее употребляемыми являются «психогенные», «конверсионные» и «функционально-неврологические».

Анализ теоретических концепций И., разработанных в XIX–XX вв., свидетельствует о том, что единого взгляда на эту проблему нет. Это касается и вопросов этиологии, патогенеза, нозологической принадлежности и классификации. Первой серьезной психологической концепцией принято считать работу П. Жане (1889), которая явилась предтечей всех развитых впоследствии психологических концепций И. По мнению Жане, для истерической личности характерно сужение поля сознания, в результате чего она легко поддается внушению. Концепция П. Жане оказала значительное влияние на последующие работы З. Фрейда, Э. Кречмера, Е. Блейера и послужила теоретической основой двух международных классификаций DSM-III-R и МКБ-10. Важным этапом в развитии взглядов на И. явилось учение З. Фрейда. Именно на примере истерического невроза в 1895 г. было сформулировано психоаналитическое учение. Истерические симптомы объяснялись З. Фрейдом как результат вытесненных сексуальных воспоминаний и фантазий, обратившихся телесными симптомами.

Статистические данные в отношении частоты И. за последние 20 лет получены из пяти крупных неврологических клиник США, Германии, Англии, России. По данным неврологов, частота истерических расстройств колеблется от 25 до 30 %. Среди больных И. существенно преобладают женщины.

В подавляющем большинстве врач имеет дело с полисимптомной И.: у 93 % больных обнаруживается сочетание 2–3 и более истерических неврологических симптомов. Практически все основные клинические неврологические синдромы, наблюдаемые в медицинской практике, могут иметь психогенные аналоги, однако в последнем варианте каждый из синдромов имеет свои специфические особенности: боли, параличи и парезы, пароксизмальные расстройства, нарушения статики и походки, чувствительные расстройства, зрительные и глазодвигательные расстройства, дискинезии, нарушения речи и голоса, нарушения сознания, когнитивные расстройства, дисфункции со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Особенности личности и межличностной коммуникации: 1) вытеснение и тенденция к отрицанию психологических проблем, тревожащих

конфликтов и эмоциональных расстройств и негативные реакции на возможное предположение о связи симптома с психогенными факторами; 2) внушаемость; 3) гиперконформность, стремление представить себя в лучшем свете; 4) героическая поза сопротивления болезни; 5) «прекрасное равнодушие» или «толерантность к симптому»; 6) склонность к фантазированию вплоть до патологической лживости (pseudologia fantastica); 7) драматизация анамнеза; 8) склонность к соматическим реакциям в ответ на психогенные ситуации; 9) стремление привлечь к себе внимание значимого «другого»; 10) симуляция, притворство, артифициальные расстройства; 11) манипулятивность по отношению к близким, значимым лицам, врачу; 12) склонность к актерству, подражанию, копированию симптомов; 13) черствость, эгоизм при демонстрации альтруистических черт, склонности к самопожертвованию, роль «Золушки», постоянное чувство обделенности; 14) требовательность в сочетании с зависимостью; 15) тенденция к инвалидизации, социальной нетрудоспособности; 16) быстрое формирование зависимых связей.

В действительности проявления демонстративности чрезвычайно многообразны. По выражению К. Ясперса, истероидная личность «пытается казаться больше, чем есть на самом деле», а детский психиатр Г.Е. Сухарева иронично добавляет: «И порой больше, чем могла бы быть».

П. Волков (2000) выделяет несколько форм демонстрации или способов привлечения внимания: а) резкие или неожиданные в данной ситуации действия (споткнуться, уронить стакан и т. д.); б) нарушение шаблонов (человеку протягивают руку, а он подчеркнуто прячет свою в карман, или при публичном награждении на глазах у всех отдает свой ценный подарок уборщице); в) потребность, не умолкая, присутствовать, не давая другим вставить слово, комментировать происходящее, все заполняя собой; г) игра контрастами — одежды, голоса, настроения (к примеру, такой человек может жаловаться на тяжелую жизнь и показывать, как героически он ее переносит; может завести «серенькую» подружку, друга и тем обеспечить выгодный для себя контраст); д) быть в центре событий, плетя интриги и не давая никому оставаться безучастным к ним; е) потребность быть заметным, реализуемая различными способами: шутить, хохмить или язвить, жалить тех, кто не обращает на это внимания; ж) «болеть» и жаловаться на жизнь с расчетом на то, что люди склонны уделять внимание больным, несчастным, тем, кто в беде; з) эксцентричное поведение (к примеру, может в яркой, экстравагантной одежде заявиться на лекцию с опозданием; эффект следует моментально: о лекторе все забывают и смотрят на пришедшего); и) использование лжи и хвастовства при отсутствии идеи привлечь внимание другим способом; к) возможность удивить окружающих хлесткой самокритикой; л) способность на высокий альтруизм: на глазах у толпы спасти утопающего, потушить пожар; м) демонстрация милой обходительности, того, как сильно любишь окружающих, в ответ на что они в благодарность отвечают признанием; н) способность выразительно представить себя скромной жертвой, которая уже не ищет никакого утешения, а потому получит его в большом количестве.

Патогенетическая психотерапия пациентов с истерическими расстройствами, с учетом индивидуально-психологических особенностей, осуществляется в направлении коррекции неадекватных притязаний и установок, приведение в их в соответствие с реальными условиями и возможностями. Спектр психотерапевтических методов, применяемых для решения данных задач, чрезвычайно разнообразен. Тем не менее вне зависимости от выбранного метода психотерапевтической работы с пациентом она должна проводиться с учетом индивидуально-личностных и поведенческих особенностей больных с И. В качестве симптоматических методов психотерапии широко используются поведенческие техники, ориентированные на постепенное устранение симптома без «потери лица» больным, так называемые поведенческие техники, проводимые без конфронтации с психологическими установками больного. Основным принципом этих методов является максимальная концентрация на симптоме, без обсуждения его психогенности или только с упоминанием о возможной роли эмоционального фактора, способствующего его развитию. И. принадлежит к тем вариантам невротических расстройств, при которых различные методы групповой психотерапии являются высокоэффективными, а по мнению ряда авторов, более эффективными, чем индивидуальная психотерапия. В частности, распространенной формой

групповой психотерапии является трансактный анализ, который имеет дело с ролевым поведением в межличностных взаимодействиях, а также с манипулятивными стратегиями (играми), к которым прибегают больные И., стремясь к верховенству над ближними (Берн Э., 1994). Трансактный анализ наиболее часто используется в сочетании с гештальттерапией (Perls F.S., 1969), подчеркивающей необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания и применяющейся как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами групповой работы. В дополнение к различным видам групповой психотерапии и так называемым группам встреч существуют «экспрессивные» виды психологической помощи – танцевальная терапия, психодрама, терапия пением, рисованием, скульптурой, эффективность которых доказана для пациентов с истерическими расстройствами.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998

Е.А. Корабельникова

Каталепсия (греч. katalepsis – схватывание) – симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им позе или внезапной потерей мышечного тонуса, в результате чего индивид падает как «сноп сена». Возможные причины: а) внезапный эмоциональный удар (наблюдается при кататонической шизофрении); б) симптом нарколепсии (внезапное погружение в быстроволновый сон, одна из характеристик которого – вялость мышц); в) вторая стадия гипнотического состояния.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Кататония (греч. katateino – стягивать, напрягать) – мышечная ригидность или двигательное возбуждение (часто наблюдается в случаях шизофрении кататонического типа). «Кататоническое возбуждение» представляет собой явно бесцельную моторную активность. «Кататоническая восковая гибкость» – состояние, при котором конечности пациента могут двигаться в любом направлении или принимать любое положение, в котором они затем остаются часто в течение длительного времени. «Кататоническое позирование» – принятие необычного, причудливого положения тела, которое пациент может поддерживать в течение длительных периодов времени. «Кататонический негативизм» – стойкое сопротивление всем попыткам привести человека в движение, который может оставаться пассивным (отказывается двигаться или перемещаться) или активным (совершает действия, противоположные тем, которые его просят сделать). «Кататоническая ригидность» – сохранение принятого положения тела, несмотря на попытки привести человека в движение. «Кататонический ступор» – сокращение количества нормальных, самопроизвольных движений и действий, часто сопровождаемое резким снижением способности реагировать на внешние события.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Качество жизни (quality of life) – а) восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет, в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума (ВОЗ); б) в документах ВОЗ (1999) характеризуется как степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются; в) субъективная оценка благополучия, основанная на воспринимаемом различии между действительным и желаемым уровнем жизни. Термин предложен социологами; впервые введен J.R. Elkkinton в 1966 г.

Критерии для оценки К. ж.: а) физические функции (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); б) психические функции – положительные или отрицательные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания; в) уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств, лечения или чьей-либо опеки); г) жизнь в обществе, социальные

отношения (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); д) окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность получения знаний и повышения квалификации, досуг, экология); е) духовная сфера (личные и религиозные убеждения).

Две составляющие К. ж., включающего здоровье (ВОЗ, 1995): а) объективная (характеристика состояния здоровья индивидуума); б) субъективная (определяется восприятием индивидуумом собственного состояния здоровья).

К. ж. нельзя определить только на основании, например, данных врачебного осмотра или клинико-инструментальных методов исследований, т. к. оно учитывает и субъективное мнение индивидуума. Опросник измерения К. ж. ВОЗ (содержит 100 вопросов): ВОЗ КЖ-100, WHO-QoL-100. Шкалы — см. выше критерии оценки КЖ. Его сокращенная версия — SF-36 (36 вопросов).

К. ж. человека рассматривается как одна из причин и следствий его индивидуального здоровья; зависит от способности к коммуникации, психологического и социального статуса, свободы деятельности, наличия стрессов, организации досуга, уровня образования, доступа к социальной помощи и т. д.

Уровень жизни характеризует доступность материальных благ для индивидуума.

▸ *Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р.* Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. М.: СИНТЕГ, 2009; Клиническая психология. Словарь. М., 2007; Клиническая психология: учебник для вузов / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2010

Н.Д. Творогова

Качество жизни, связанное со здоровьем — многомерная интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии (Новик А.А., 2007).

Впервые термин был предложен в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нем, от широкой общей концепции качества жизни. Теоретическим основанием разработки концепции К. ж. с. с з. послужил биопсихосоциальный подход, а также предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) многокомпонентное понимание здоровья не как отсутствие болезней, а как удовлетворение потребностей и адаптацию человека в физической, психологической и социальной сферах.

К. ж. с. с з. является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни, дополнительной — при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни, и единственной — для пациентов в инкурабельной стадии заболевания.

В качестве основных составляющих концепции качества жизни, релевантного здоровью, принято выделять: многомерность, изменяемость во времени, т. е. возможность динамического наблюдения, а также участие больного в оценке его состояния.

С целью систематизации деятельности по изучению К. ж. с. с з. в 1995 г. во Франции был создан MARI Research Institute, который координирует исследования в данной области. В России большую роль в разработке методологии изучения качества жизни сыграл Межнациональный центр исследования качества жизни под руководством доктора медицинских наук, профессора А.А. Новика.

К настоящему моменту как в международной, так и в отечественной практике разработаны и применяются общие и нозоспецифические опросники для измерения К. ж. с. с з., обладающие удовлетворительными психометрическими характеристиками. Наибольшее распространение получил рекомендованный международными протоколами неспецифический стандартизированный опросник оценки качества жизни SF-36. При обработке 36 пунктов опросника группируются в восемь содержательных шкал (физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние, психическое здоровье) и два интегральных индекса (физический и психологический компонент здоровья).

К числу неспецифических относят также валидизированную в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева русскоязычную версию опросника КЖ-100, разра-

ботанного группой экспертов ВОЗ. Полная версия состоит из 100 вопросов, сокращенная – из 26. Опросник позволяет оценивать шесть различных сторон качества жизни: физическую, психологическую, уровень независимости, общественную жизнь, окружающую среду, духовность.

Эмпирические исследования качества жизни актуальны в таких направлениях современного здравоохранения, как фармакоэкономика, стандартизация методов лечения и экспертиза новых методов с использованием международных критериев, обеспечение полноценного мониторинга состояния больного, а также в проведении социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска, обеспечением динамического наблюдения за этими группами и оценкой эффективности профилактических программ.

▸ *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма Медиа Групп, 2007

А.В. Котельникова, А.А. Кукшина

Клаустрофилия (лат. claustrum – засов, замок, заточение и греч. philia – любовь, влечение) – навязчивое влечение закрывать окна и двери из-за любви к закрытым, замкнутым пространствам и страха оказаться одному в открытом пространстве, незапертом помещении.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Клаустрофобия («клаустро-» и греч. phobos – страх) – навязчивый страх, боязнь закрытых помещений.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Когнитивные ошибки в общении – когнитивные искажения, связанные с наличием эмоционально заряженных схем внутренних убеждений, вызывающие и последующую деформацию эмоций; приводят к трудностям психического и социального функционирования. Известны следующие основные виды когнитивных ошибок: 1) произвольные умозаключения – извлечение выводов о каких-либо событиях или людях при отсутствии подтверждающих фактов или даже при наличии фактов, противоречащих заключению; 2) сверхобобщение – умозаключения, основанные на единичном эпизоде, с последующей их генерализацией на все чем-либо похожие события; 3) избирательное абстрагирование – фокусирование внимания индивида на каких-либо деталях ситуации с игнорированием всех остальных ее особенностей; 4) преувеличение и преуменьшение – взаимно противоположные оценки самого себя, ситуаций и событий (например, клиент преувеличивает сложность ситуации, одновременно преуменьшая свои возможности с ней справиться); 5) «черно-белое» мышление – причисление себя, другого человека или какого-либо события только к одному из двух полюсов, «хорошему» или «плохому»; часто возникает из-за навязанных в детстве стандартов поведения и схем мышления; 6) предсказывание – человек думает, что может точно предсказать события, ход общения и их будущие последствия, хотя он не знает или не учитывает всех факторов, фактически никак не может правильно определить влияние последних; 7) долженствование – акцентирование поступков и общения на «я должен», «ты должен», без альтернативных вариантов и компромиссов («должномания», не рассматриваются «я могу» и «я хочу»); 8) персонализация – отношение индивида практически ко всем внешним событиям как к имеющим именно только к нему непосредственное отношение, когда этого нет на самом деле; 9) наклеивание ярлыков – ассоциирование себя или других с определенными шаблонами поведения, негативными типажами или определенными субкультурами; 10) чтение мыслей – человек считает, что знает, о чем думают другие люди при общении с ним и наедине, хотя его предположения не соответствуют реальности.

▸ *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003; Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб.: Питер, 2002; Психология общения. Словарь. М., 2015

С.А. Шевцов

Коммуникативные стили – выявлены основателем семейной психотерапии Вирджинией Сатир по результатам более чем 30-летнего опыта терапии семейных пар (в процессе коррекции анализировались устойчивые паттерны коммуникативного взаимодействия в парах, имеющих трудности и

неудовлетворенных качеством межличностного общения).

Наряду со здоровым коммуникативным паттерном, получившим название «уравновешенный», выделены четыре патологических (наличие которых не свидетельствует о психических расстройствах у субъектов общения). Патологические К. с. формируются в ситуациях, когда человек, испытывая страх, дискомфорт, стресс или любую угрозу собственной самооценке, маскирует свои чувства следующими поведенческими (невербальными) и коммуникативными (вербальными) проявлениями: а) заискиванием (чтобы не вызвать агрессию или добиться от партнера по общению опекающего поведения) – заискивающий тип коммуникации (человек, его демонстрирующий, получил название «миротворец»); б) обвинениями (чтобы вызвать у другого чувство вины) – «обвинитель»; в) уходом в логику (попытка изолировать собственные эмоции, спрятавшись за фактами) – «компьютер» или расчетливый; г) дурашливым игнорированием угрожающих обстоятельств – «шут».

К. с. названы по специфике основного коммуникативного послания, которое они в себе несут. Основное послание «миротворца»: «Ты во всем прав, пусть будет по-твоему, я все для тебя сделаю, твои чувства и желания важнее». Основное послание «обвинителя»: «Я здесь главный, если бы не ты, все было бы хорошо»; послания начинаются, как правило, со слов «ты всегда... ты никогда... (далее идет обвинение)» или с требовательного «почему» – «почему ты... (далее идет обвинение)». Расчетливый («компьютер») использует длинные предложения, обстоятельное объяснение фактов, в речи преобладают абстракции и полностью отсутствуют эмоции; основное его послание: «Я все могу объяснить, потому что все имеет свое объяснение, а эмоции не важны». Основное послание «шута»: «Я не здесь, мне нет здесь места», все слова и поведение – неуместны. Каждый из стилей характеризуется особым набором личных чувств и посланий другому, что и позволяет их дифференцировать. Сформированный стиль становится устойчивым и привычным способом защищать свои раненые чувства, в результате чего истинные чувства остаются невыраженными, самораскрытия в общении не происходит. Исследованиями В. Сатир доказано, что К. с. формируются в родительских семьях и транслируются сквозь поколения, отражая устойчивый способ существования в семейной системе. Каждый член семьи может иметь несколько К. с., переходящих один в другой под влиянием реакции партнера по общению. Например, поведение «обвинителя», натолкнувшись на аналогичную ответную реакцию, может перейти в поведение «компьютера», а поведение «миротворца» в определенных коммуникативных ситуациях переходит в поведение «шута» или «обвинителя».

Выделение К. с. опирается на следующие теоретические положения. Предполагается, что для здорового общения необходимо наличие контакта человека с тремя частями реальности, представленными: 1) его Я (личные желания и чувства); 2) Другим (чувства и желания партнера); 3) Контекстом – смысловым пространством межличностного взаимодействия. При использовании любого из описанных стилей возникает изоляция одной или нескольких составляющих реальности. В случае с заискивающим коммуникативным стилем отсутствует Я, в случае с «обвинителем» – Другой, в случае с «компьютером» остается только Контекст, собственные чувства и чувства партнера изолируются; в случае с «шутом» возникает изоляция Контекста, в результате чего появляется неадекватное данной ситуации дурашливое поведение. Соответственно, здоровый К. с. обеспечивает контакт с собственными желаниями и чувствами, чувствами партнера и контекстом взаимодействия и назван в связи с этим уравновешенным. Коррекция описанных К. с. проводится в процессе терапии в направлении осознания изолированной части реальности и тренировки способности ее проявления.

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Сатир В.* Вы и ваша семья. М, 2002; *Сатир* В. Коммуникация в психотерапии. М, 2008

А.С. Калашников

Компетентность в вопросах здоровья – навыки и умения находить, понимать и критически осмысливать информацию, касающуюся тех или иных аспектов здоровья, образа жизни и поведения, а также использование этой информации на благо здоровья своего и своей семьи.

Существует различие между понятием «медицинская (или медико-санитарная) грамотность», которая относится скорее к медицинскому контексту и связана с вопросами взаимодействия с

системой медицинской помощи, и более широкой концепцией «компетентность в вопросах здоровья», которая в большей мере касается вопросов здоровья и качества жизни в свете каждодневных проблем, с которыми сталкивается человек, т. е. социальных аспектов здоровья и состояния окружающей среды.

▸ Санитарная грамотность. Убедительные факты / Под ред. I. Kickbush, J.M. Pelikan, F. Apfel, A.D. Tsouros. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро; *Kickbush I., Maag B.* International Encyclopedia of Public Health, First Edition. 2008. Vol. 3. P. 204–211

Л.Е. Сырцова, Ю.Е. Абросимова

Комплекс (лат. complexus — связь, сочетание) — понятие, предложенное К.Г. Юнгом, которым он обозначал формирующуюся в бессознательном (или вытесненную в него) эмоционально окрашенную совокупность представлений, мотивов и установок, оказывающую существенное влияние на развитие и функционирование психики, личности и поведение человека. По З. Фрейду, К. — это «группа представлений, связанных одним аффектом» (З. Фрейд. «О психоанализе». Пять лекций); это понятие, предназначенное для «описательной формулировки психологических актов» (З. Фрейд. «Очерки по психологии сексуальности»).

Традиционно для обозначения тех или иных К., как правило, используются имена персонажей мифов, сказок и художественной литературы.

В классическом психоанализе особое значение в формировании, развитии и функционировании психики и личности придается К. Эдипа и К. кастрации. В современном психоанализе и психологии с разной степенью достоверности и обоснованности утверждается существование нескольких десятков различных комплексов, значительная часть которых вводится в оборот без достаточных на то оснований и без более-менее внятных определений. В психоаналитической традиции (при наличии тех или иных оговорок) принимается существование К. бога, К. Ионы, К. кастрации, К. мужественности, К. неполноценности, К. Поликрата, К. Терсита, К. Эдипа и К. Электры.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Комплекс бога (Бог — в религиозно-мистических представлениях сверхъестественное верховное существо, управляющее миром) — совокупность различных характерологических и поведенческих черт, включающих такие наклонности, как существенно завышенная самооценка, непомерная гордыня, вплоть до мании величия; склонность к отчужденности, дистанцирование от других членов сообщества, наделение избыточной значимостью информации о себе, стремление окутать свою жизнь непроницаемым покровом тайны и секретности, стремление к безусловному доминированию над людьми и т. п. К. б. характерен для политических и государственных деятелей и лиц, чьи профессиональные занятия и положение обусловливают зависимость от них других людей.

Понятие введено в оборот английским психоаналитиком Э. Джонсом в эссе «Комплекс бога». По Э. Джонсу, К. б. характерен для атеистов, поскольку «они не могут выносить существование какого-либо другого бога». Однако вместе с тем, в дополнение к интерпретации Э. Джонса, можно было бы констатировать, что данный комплекс не в меньшей мере характерен для различных религиозных проповедников, деятелей церкви, руководителей религиозных сект, активистов различных религиозных конфессий и т. д.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Комплекс Ионы (Иона — персонаж Библии) — в гуманистической психологии А. Маслоу бессознательные тревога и страх перед самоусовершенствованием и развитием своих способностей, обусловливающие снижение уровня притязаний, препятствующие личностному росту и уменьшающие шансы самоактуализации человека и достижения успеха. Отказ от попыток полной реализации своих способностей дестабилизирует личность и зачастую является причиной возникновения невроза. По А. Маслоу, К. И. обусловливает также негативное и даже враждебное отношение человека к «великим людям», т. е. людям, добившимся значительного успеха, известности и славы в той или иной сфере деятельности.

Название комплекса связано с мифологическим сюжетом об эпизодах жизни ветхозаветного пророка Ионы, которому Бог (Яхве) велел проповедовать.

Иона проигнорировал это поручение и сбежал; он сел на корабль, но во время плавания Бог поднял бурю, и матросы выбросили Иону за борт. По велению Бога большая рыба (по одной из версий — кит) проглотила его, и он провел в ее чреве три дня и три ночи. Вняв мольбам Ионы, Бог приказал рыбе извергнуть его на сушу и повелел идти в Ниневию и пророчествовать. Успешные проповеди Ионы привели к покаянию ниневийцев, и Бог пощадил город; предполагавший насладиться зрелищем божественного возмездия, разочарованный Иона стал молить Бога о ниспослании ему смерти.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Комплекс кастрации (лат. castratio — оскопление) — в психоанализе З. Фрейда специфическая, совокупная универсальная детская реакция на анатомическое различие полов, проявляющаяся преимущественно в форме страха (мальчики боятся лишиться пениса) и зависти (девочки завидуют мальчикам и ощущают себя «кастрированными»).

Считается, что эта реакция основывается на реальном подавлении инфантильной сексуальной деятельности и (или) фантазме кастрации (т. е. приписываемого отцу желания лишить мальчика пениса). Согласно З. Фрейду, К. к. непосредственно связан с комплексом Эдипа, но хронологически эта связь проявляется по-разному. У мальчиков вначале формируется комплекс Эдипа, а затем К. к., у девочек — наоборот, вначале формируется К. к., а затем комплекс Эдипа. У мальчиков К. к. порождает гордость за наличие пениса и фаллоцентрические ориентации, у девочек же — ощущение несправедливой нехватки (которая зачастую отрицается) и стремление возместить обнаруженную недостачу. В силу этих обстоятельств К. к. и переживание его оказывают влияние на формирование мужского и женского типов поведения.

Представление о К. к. было введено З. Фрейдом в 1908 г. и в дальнейшем дорабатывалось по мере накопления клинических материалов и развития его учения. В современном психоанализе считается, что обнаруженный З. Фрейдом К. к. отражает широко распространенные реалии душевной жизни детей, хотя предложенное им теоретическое объяснение данного комплекса признается недостаточно обоснованным. Определенный вклад в развитие концепции К. к. внесли психоаналитики А. Штерке, О. Ранк и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Комплекс мужественности — по З. Фрейду, группа представлений, складывающихся у девочки, главным образом, из чувств зависти, малоценности и желания обрести когда-нибудь пенис и стать, таким образом, равной мужчине. К. м. «иногда представляет большие трудности предначертанному развитию женственности, если вскоре не удается его преодолеть» (Фрейд З. «Психоаналитические этюды»). В тех случаях, когда преодоление этого комплекса не удается, в душевной жизни девочки начинается процесс отрицания (термин З. Фрейда); суть отрицания состоит в том, что девочка отказывается признать факт своей «кастрации» и твердо убеждена в том, что она обладает пенисом и вследствие этого вынуждена вести себя так, как если бы она была мужчиной (З. Фрейд. «Психоаналитические этюды»).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Комплекс неполноценности (малоценности, недостаточности) — набор когниций и эмоций, поддерживающих ощущение неполноценности или незащищенности; понятие из учения о компенсации в индивидуальной психологии А. Адлера, которым он обозначил формирующееся в детстве «чувство неполноценности», возникающее в результате различного рода неблагоприятных условий для развития личности. А. Адлер считал, что К. н. оказывает исключительное влияние на формирование личности и всю ее жизнедеятельность. Стремясь самоутвердиться (социализироваться) среди других людей, индивид пытается преодолеть («компенсировать») свою реальную или мнимую неполноценность в определенной сфере путем стимуляции творческих возможностей, активизации деятельности в других сферах и порой достигает исключительно высоких результатов вследствие формирования и срабатывания механизма «сверхкомпенсации».

З. Фрейд иногда пользовался понятием К. н., хотя и не признавал за данным комплексом столь

исключительной роли, которая отводилась ему в индивидуальной психологии А. Адлера. По мнению французского писателя Жана Дютура, «наиболее скверно в комплексе неполноценности то, что обладают им отнюдь не те, кому следовало бы».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Комплекс Поликрата (Поликрат – имя тирана острова Самос) – всевозрастающее чувство тревоги и предощущение грядущей беды, сопряженные с удачливостью в достижении различных жизненных вершин и благоприятными перспективами. Понятие введено в оборот английским психоаналитиком Дж. Флюгелем (1945), который назвал комплекс по имени реального исторического деятеля Поликрата (Polykrates), тирана острова Самос, о котором писал Геродот.

Согласно легенде, Поликрат был фантастически удачлив во всех своих делах, это вызвало зависть богов и повлекло за собой разрушение его судьбы и гибель. Поликрат действительно был удачливым пиратом и владельцем мастерской бронзовых изделий. Став тираном острова Самос (535–522 гг. до н. э.), он осуществил политическое объединение полиса Самос и добился весьма значительных успехов во всех областях государственной жизнедеятельности. Усиление Самоса вызвало опасения соседей. Персидский сатрап Магнезии завлек Поликрата в Сарды, где он был распят.

Теме удачи и судьбы Поликрата посвящена баллада Фридриха Шиллера «Поликратов перстень»:

[...] / «Ты счастлив; но судьбины лестью / Такое счастье мнится мне: / Здесь вечны блага не бывали, / И никогда нам без печали / Не доставалися оне. / И мне все в жизни улыбалось; / Неизменяемо, казалось, / Я силой вышней был храним; / Все блага прочил я для сына... / Его, его взяла судьбина; / Я долг мой сыном заплатил. / Чтоб верной избежать напасти, / Моли невидимые власти / Подлить печали в твой фиал. / Судьба и в милостях мздоимец: / Какой, какой ее любимец / Свой век не бедственно кончал?..».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Комплекс превосходства – невротический комплекс, возникающий вследствие сверхкомпенсации чувства неполноценности. Выражается в стремлении добиться «богоподобного господства над своим окружением» (А. Адлер).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
А.В. Толстых

Комплекс Терсита (Терсит (Ферсит) – имя безобразного воина, участвовавшего в Троянской войне со стороны ахейцев) – аффективно окрашенные и болезненно преувеличенные навязчивые представления и переживания индивида по поводу своих физических недостатков (плохого зрения, хромоты, тучности, угрей и др.), из-за которых, по его мнению, он воспринимается окружающими как безобразный.

Название комплекса восходит к поэме Гомера «Илиада», в которой мужественный воин Терсит представлен как уродливый и безобразный человек (косоглазый, хромоногий, горбатый, лысый и т. д.). В то же время в поэме говорится, что Терсит, «в мыслях имея всегда непристойные многие речи, вечно искал он царей оскорблять, презирая пристойность». Он был единственным солдатом, смело и за дело критиковавшим царей. За дерзкую критику Агамемнона Терсит был жестоко избит Одиссеем; этот поступок Одиссея был квалифицирован как подвиг.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Комплекс Эдипа, эдипов комплекс (греч. Oedipus – имя древнегреческого мифического фиванского героя) – имманентное, соответствующее бисексуальному расположению, универсальное бессознательное эротическое влечение ребенка к родителю. К. Э. проявляется в двух формах: а) влечение к родителю противоположного пола (и связанное с ним агрессивное чувство к родителю собственного пола; позитивная форма), б) влечение к родителю собственного пола (и связанное с ним агрессивное чувство к родителю противоположного пола; негативная форма). К. Э. оказывает существенное влияние на психику, личность и поведение человека. Понятие введено в научный оборот З. Фрейдом в 1910 г. (хотя сама идея К. Э. появилась, по-видимому, в 1897 г.)

и с тех пор является одной из основных категорий психоаналитического учения.

Наименование «К. Э.» связано с осуществленным З. Фрейдом толкованием древнегреческого мифа о царе Эдипе и одноименной трагедии Софокла, в которых фиванский царь Эдип, вопреки своей воле и не ведая того, убивает отца (Лаия), женится на матери (Иокасте) и становится отцом детей, которые в то же время являются его братьями по материнской линии.

З. Фрейд считал, что К. Э. извечно тяготеет над всеми мужчинами, поскольку мальчики испытывают сексуальное влечение к матери, воспринимая своего отца как сексуального соперника, которого они боятся и ненавидят. По З. Фрейду, пиковых значений К. Э. достигает в детском возрасте (между 3 и 5 годами жизни человека) и после некоторого угасания возрождается в период полового созревания (пубертатный период), в процессе которого преодолевается тем или иным выбором эротического объекта. З. Фрейд считал, что К. Э. у мальчиков первичен, относится к фаллической фазе и погибает вследствие кастрационного комплекса и нарциссического отношения к гениталиям.

У девочек К. Э. является вторичным образованием. Он становится возможным и возникает благодаря подготовительным воздействиям кастрационного комплекса. З. Фрейд утверждал, что основа структурирования личности и сама личность человека формируется в зависимости от переживания данного комплекса. Им же, по З. Фрейду, в значительной мере определяется формирование желаний и позднейшее поведение взрослого человека. В частности, например, в зрелом возрасте человека он оказывает значительное влияние на выбор сексуальных партнеров, который осуществляется по образу и подобию одного из родителей. По З. Фрейду, К. Э. является источником общечеловеческого сознания вины (в том числе чувства вины, которое часто мучает невротиков) и сопряженным началом религии, нравственности и искусства. В то же время им отмечалось, что К. Э. представляет собой только некоторое определенное содержание, которым измеряются душевные силы индивидуума. З. Фрейд считал также, что К. Э. составляет комплексное ядро неврозов и являет собой существенную часть их содержания; в нем формируется и завершается инфантильная сексуальность, оказывающая решающее влияние на сексуальность и психику взрослых. Каждый ребенок должен одолеть К. Э., и если в силу различных причин и обстоятельств это преодоление не удается, то человек заболевает неврозом. З. Фрейд решительно настаивал на том, что признание или непризнание К. Э. является паролем, по которому можно отличить сторонников психоанализа от его противников.

По К.Г. Юнгу, предложенная З. Фрейдом концепция К. Э. носит односторонний характер (в силу явно выраженной фаллоцентрической ориентации), который преодолевается созданной им концепцией комплекса Электры – своеобразной женской формой К. Э. По А. Адлеру, наличие в семье братьев и сестер может существенно усложнить ситуацию Эдипова отношения (взаимодействия) и усилить его долговременное воздействие на поведение людей вне семьи. По Э. Фромму, выводам З. Фрейда о К. Э. необходимо придать более общий характер и перенести их из сексуальной сферы на межличностные отношения, поскольку сущность инцеста состоит не в сексуальном стремлении к членам семьи; это стремление есть лишь одно из выражений гораздо более глубокого и фундаментального желания – оставаться ребенком, привязанным к оберегающим фигурам (первой и самой важной из которых является мать), потому что рождение независимого человека продолжается фактически всю жизнь.

В современном психоанализе понятие «К. Э.» часто употребляется в широком смысле для обозначения и характеристики всей гаммы отношений «семейного треугольника» (мать – отец – ребенок). Несвободная от противоречий, концепция К. Э. является предметом разнообразных дискуссий, в которых приняли участие почти все ведущие сторонники и противники психоанализа. Сам факт существования явлений и тенденций, охватываемых понятием К. Э., подтвержден; однако постулированные З. Фрейдом их распространенность, универсальность и роль не признаются даже некоторыми психоаналитиками и поклонниками психоанализа.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Комплекс Электры (лат. complexus – связь, сочетание; греч. имя Электра – персонаж мифологии) –

понятие аналитической психологии К.Г. Юнга, которым он обозначил бессознательное эротическое влечение девочки к отцу и связанную с этим негативную установку по отношению к матери. Природа, содержание, функции и роль К. Э. аналогичны эдипову комплексу. Название данного комплекса восходит к древнегреческому мифу об Электре (дочери Агамемнона и Клитемнестры), которая спасла от гибели брата Ореста и помогла ему в убийстве Эгисфа и Клитемнестры, повинных в смерти Агамемнона. Этот мифологический сюжет был использован в трагедиях Софокла и Еврипида.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Конституция половая — совокупность устойчивых биологических особенностей организма, обусловленных наследственными факторами, факторами внутриутробного развития и условиями развития в раннем детстве. По мнению Г.С. Васильченко, К. п. — одно из частных проявлений общих конституциональных свойств человека, определяющих индивидуальный уровень сексуальной потребности индивида, сексуальный темперамент, предел возможностей его сексуальной активности и уровень способности к сопротивлению вредным воздействиям (таким как стресс, различные заболевания, интоксикации и др.) на половую сферу.

Основной целью введения понятия К. п. в структуру сексологического знания является определение индивидуальной нормы для различных типов людей в зависимости от их сексуального темперамента и физиологических возможностей в период зрелой сексуальности. Для определения уровня К. п. в сексологии используются шкалы векторного определения половой конституции, разработанные индивидуально для мужчин (Васильченко Г.С.) и для женщин (Болтнева И.Л.), с учетом их индивидуальных различий. При помощи данных шкал в рамках работы с сексуальными расстройствами и дисфункциями специалист количественно оценивает соотношения сексуальных возможностей конкретного человека с его желаемым уровнем половой активности и разрабатывает индивидуальные эффективные формы помощи данному пациенту. Кроме того, определение уровня К. п. используется в рамках помощи парам с сексуальными супружескими дисгармониями для получения данных о половом темпераменте каждого из партнеров и разработки программ помощи по адаптации пары к индивидуальным различиям друг друга.

▸ *Доморацкий В.А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический проект; Культура, 2009; *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002

А.В. Чалова

Контаминация (лат. contaminatio — смешение) — неправильное воспроизведение слов в виде смешения словесных следов при фонетической и смысловой близости слов. К. наблюдается при сенсорной и акустико-мнестической афазии вследствие неустойчивости звуковых образов слова как на сенсорном, так и (особенно) на мнестическом уровнях. К. возможна при поражении лобных долей мозга как проявление нарушений семантической памяти вследствие снижения избирательности семантических кодов языка. К. встречается при шизофрении в виде неологизмов вследствие интеллектуальных расстройств на фоне измененного состояния сознания. К. наблюдаются и при других психических заболеваниях в составе амнестических и когнитивных расстройств. В основе К. лежат явления проактивной и ретроактивной интерференции словесных следов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Контртрансфер (лат. contra — против и transferre — переносить) — 1) в психоанализе — перенесение аналитиком своих эмоций на клиента; 2) эмоциональная вовлеченность психотерапевта в терапевтическое взаимодействие. Психолог начинает реагировать на своего клиента как на значимую личность в ранней истории своей жизни. Как и трансфер, К. часто является бессознательным, может приобретать в сфере сознания положительную аффективную тональность (любовь) или отрицательную (ненависть). К. может подорвать обычно доброжелательно-нейтральную позицию психотерапевта, вызывая в нем внутреннюю дисбалансировку, проявляющуюся в виде гнева к клиенту, раздражения, боязни клиента или какой-то особой любви к нему и пр. Внимание к

возможности возникновения К. — одна из задач в работе психотерапевта.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Конфабуляции (лат. confabulari — болтать, разговаривать) — разновидность вымышленных (ложных) воспоминаний, наблюдающихся при нарушениях памяти. Термин предложен K.L. Kahlbaum в 1866 г. Содержанием К. могут быть возможные или действительно имевшие место события, которые в виде образных воспоминаний переносятся в более близкое время или вплетаются в настоящее, как бы восполняя пробел в памяти больных. Как правило, в К. представлены обыденные, чаще всего связанные с профессией больного события. Иногда в К. может проявиться продукция патологического воображения (фантастические К., бредовые К.). К. обычно сочетаются с расстройствами мышления, амнезиями и наблюдаются при локальных поражениях головного мозга, психозах.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Конфликт внутриличностный — система противодействующих тенденций в поведении человека, приобретающая иногда патологический характер. В психоаналитических и психодинамических теориях рассматриваются конфликты актуальные, первичные, ядерные.

Изучаются конфликты приближения-избегания, двойного приближения-избегания, приближений, избеганий. Например, К. избеганий возникает в результате избегания двух нежелательных целей, когда на субъекта оказывается сильное давление, с тем чтобы он выбрал только одну из них (выбор «меньшего из двух зол»). Когда К. слишком сильный, субъект нередко вообще отказывается делать выбор.

При К. установок, по мнению А.Р. Лурии (1930), сталкиваются две взаимно исключающие друг друга тенденции (классический пример с ситуацией Буриданова осла). Такой К. может быть в любой ситуации выбора, рождающей в субъекте колебания в выборе между отдельными возможностями; чем сложнее эти возможности, чем больше они уравновешивают друг друга, тем больше возникает шансов для резкого и трудно преодолимого конфликта. К. установок приводит к проблеме аффекта. Другой случай К. (конфликт недостаточности) связан с явлением недостаточности человека перед лицом какой-либо сложной, но важной задачи. Такой конфликт, по мнению А.Р. Лурии, возникает в случаях, когда субъект внезапно оказывается не в состоянии исполнить какую-нибудь сложную задачу, которую он считал для себя разрешимой (сталкиваются два основных условия: 1) деятельность, к которой человек приступает (порождена его установкой на успех, порождает в нем надежду); 2) непреодолимое препятствие, из-за которого деятельность становится сверхтрудной, выходящей за пределы возможностей этого конкретного человека (порождает в нем переживание своей слабости). К. недостаточности непосредственно связывается с проблемой невроза (этот вид конфликта при невозможности его компенсировать выступает, с точки зрения А. Адлера, как фундаментальный механизм, рождающий патологический аффект и выливающийся в длительный невроз). В обоих случаях конфликта основным фактором является задержка активности, причем при К. установок эта задержка происходит уже после того, как активность была оформлена в готовый моторный ответ, а при К. недостаточности торможению подвергается интенция, еще не оформленная в готовую реакцию.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Копинг-стратегии (англ. to cope with — справляться с чем-либо, совладать) — осознанно используемые человеком приемы совладания с трудными ситуациями, состояниями и порождающими их условиями. Термин «копинг» (англ. coping) впервые появился в психологической литературе в 1962 г. при изучении преодоления детьми кризисов развития. Спустя 4 года, в 1966 г., Р. Лазарус (Lazarus R.) в своей книге «Психологический стресс и процесс совладания» («Psychological Stress and Coping Process») обратился к понятию «копинг» для описания осознанно используемых человеком приемов для совладания со стрессом и с порождающими тревогу событиями. Он определял копинг как «непрерывно меняющиеся попытки в когнитивной и поведенческой областях

справиться со специфическими внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» (Lazarus P., Folkman C., 1984). Авторы подчеркивают, что копинг следует рассматривать как процесс, предполагающий динамику или постоянные изменения приемов совладания, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние. Стресс понимался как дискомфорт, испытываемый при отсутствии равновесия между воспринимаемыми индивидом требованиями среды и ресурсами, доступными для соответствия этим требованиям. Стрессовой ситуация становится именно в результате оценивания индивидом. Согласно представлениям Р. Лазаруса и С. Фолкман, индивиды оценивают для себя величину потенциального стрессора (источника стресса), сопоставляя требования среды с собственной оценкой имеющихся у них ресурсов для совладания с этими требованиями.

Со временем понятие «копинг» стало включать в себя приемы совладания не только с чрезмерными или превышающими ресурсы человека требованиями, но и с повседневными стрессовыми ситуациями. Содержание понятия «копинг» при этом осталось тем же — это поведенческие и когнитивные усилия, применяемые индивидами, чтобы справиться с требованиями в ситуациях взаимодействия человека и среды (Frydenberg E., Lewis R., 2000). Подчеркивается, что индивид может реагировать в стрессовой ситуации как произвольно, так и непроизвольно. Непроизвольные реакции — это те, которые обусловлены индивидуальными различиями в темпераменте, а также те, которые приобретены в результате научения через повторение и более уже не требуют сознательного контроля.

В совладании со стрессом люди обычно используют один из трех основных видов К.-с.: 1) направленность на оценку; 2) направленность на проблему; 3) направленность на эмоции. Направленность на оценку возникает в ситуации, когда человек, например, изменяет свое мнение по какому-либо вопросу либо отстраняется от проблемы. Люди могут менять свое мнение через изменение целей и ценностей, как это происходит, например, в ситуации с юмором. Направленность на проблему используется человеком для выяснения причин этой проблемы. Для этого проводится поиск информации и усвоение новых навыков. Направленность на эмоции предполагает их сдерживание, отвлечение себя от них, контроль над неприятными чувствами, а также регулярное использование приемов расслабления и др. Люди могут использовать эти три вида К.-с. в некотором сочетании, и потому механизмы совладания могут изменяться с течением времени. Мужчины чаще предпочитают использовать направленность на проблемы, тогда как женщины — направленность на эмоции. Механизмы совладания, основанные на направленности на проблемы, могут позволять человеку получать больший контроль над проблемами, а направленность на эмоции может зачастую приводить к снижению контроля. Следовательно, люди иногда полагают, что направленность на проблемы является более эффективным средством совладания.

Эмпирическое изучение совладающего поведения проводится с помощью методов исследования К.-с. Существуют разные мнения по вопросу эффективности К.-с. В разных теориях указывается на то, что К.-с. могут быть как эффективными, так и неэффективными (Frydenberg E., 2002; Frydenberg E., Lewis R., 2000). Эффективность К.-с. рассматривается как зависящая от двух основных факторов: ответной реакции индивида и контекста, в котором реализуется совладание. В отечественной психологии проблематика совладания представлена в работах, посвященных переживанию (см., например, работы Василюка Ф.Е.), а также трудным жизненным ситуациям.

▸ *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984; *Он же.* Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Журн. практ. психол. и психоанализа. 2001. № 4 (дек.); *Нартова-Бочавер С.К.* «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 5; *Frydenberg E., Lewis R.* Teaching Coping to adolescents: when and to whom? // American Educational Research Journal, Fall, 2000. V. 37. № 3; *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. N. Y.: Springer, 1984

Ю.П. Зинченко, Р.С. Шилко

Копинг-стратегии: классификация — систематизация имеющихся подходов к копинг-стратегиям (К.-с.).

Первая группа классификаций. Одна из первых классификаций предлагает разделять К.-с.: а) направленные на проблемы; б) направленные на эмоции. Эту бинарную классификацию предложили Р. Лазарус (Lazarus R.) и С. Фолкман (Folkman S.); согласно Р. Лазарусу, в совладании представлены и проблемно-направленный, и эмоционально-направленный аспекты.

Р. Мус и Д. Шеффер (Moos R.H., Shaeffer J.A.) выделили 3 вида стратегий: 1) направленные на оценку (установление значения ситуации для самого субъекта); 2) направленные на проблему (принятие решений и совершение конкретных действий для преодоления стресса); 3) направленные на эмоции (управление чувствами и поддержание эмоционального состояния).

Л. Перлин и К. Шулер (Pearlin L.I., Schooler C.) предложили классификацию, выделяя следующие 3 вида стратегий: 1) стратегия изменения способа видения проблемы; 2) стратегия изменения проблемы; 3) стратегия управления эмоциями.

Последние две классификации во многом повторяют классификацию Р. Лазаруса и С. Фолкман. При этом они выделяют в К.-с. «направленность на проблему» действия двух типов: когнитивные («направленность на оценку» и «изменение способа видения проблемы» соответственно) и поведенческие («направленность на проблему» и «изменение проблемы» соответственно). Многие из классификаций К.-с., возникавшие вслед за первой классификацией, составлялись в той же традиции, предлагая бинарное разделение К.-с. по принципу «работа с проблемой»/«работа с отношением к проблеме». Они различают активные, направленные на проблему усилия справиться с внешними запросами проблемы и более интроспективные усилия переформулировать или когнитивно переоценить проблему так, чтобы она лучше соответствовала внешним требованиям.

Вторая группа классификаций: классификации, в которых К.-с. различаются в зависимости от преобладающих процессов (эмоциональных, поведенческих, когнитивных), лежащих в их основе. Так, И.М. Никольская и Р.М. Грановская (2001) выделяют три больших группы К.-с., проходящих на следующих уровнях: поведение, эмоциональная проработка подавленного и познание. Есть классификации, касающиеся только одного процесса. Так, например, Е. Коплик (Koplik E.), рассматривая полностью когнитивные К.-с., предлагает бинарную классификацию: стратегия поиска информации и стратегия закрытости для информации. Напротив, П.П. Виталиано (Vitaliano P.P.) выделяет три способа эмоционально-ориентированного преодоления: самообвинение, избегание и предпочтительное истолкование.

Третья группа классификаций: эффективные/неэффективные К.-с. Некоторые исследователи полагают, что К.-с. лучше всего сгруппировать в копинговые стили, представляющие собой функциональные (эффективные) и дисфункциональные (неэффективные) аспекты совладания. Функциональные стили представляют собой попытки справиться с проблемой, с помощью других или без нее, в то время как дисфункциональные стили связаны с использованием непродуктивных К.-с. В литературе принято называть дисфункциональные копинг-стили избегающим совладанием. Так, например, Е. Фрайденберг и Р. Льюис (Frydenberg E., Lewis R.) предлагают классификацию, в которой 18 стратегий сгруппированы в 3 категории: обращение к другим (обращение за поддержкой к другим: сверстникам, родителям или кому-то еще), непродуктивное совладание (стратегии избегания, которые связаны с неспособностью справиться с ситуацией) и продуктивное совладание (работать над проблемой, сохраняя оптимизм, социальную связь с другими и тонус). К.-с. в категории «обращение к другим» стоит особняком от категорий «эффективного» и «неэффективного» копинга. Таким образом, в данной классификации, основанной на измерении «эффективности/неэффективности», исследователями сделана попытка выделить еще одно измерение — «социальная активность», которое с точки зрения исследователей не может однозначно оцениваться как продуктивное или непродуктивное.

Четвертая группа классификаций: К.-с. как степень контроля над ситуацией. В психологической литературе представлены и такие классификации, которые рассматривают К.-с. как специфические поведенческие приемы произвольного контроля действий, т. е. как планируемые акты поведения, которые служат для того, чтобы поддерживать или восстанавливать контроль в ситуациях, когда он подвергается угрозе.

Пятая группа классификаций: уровневая структура совладания. Исследователи К.-с. в попытках систематизировать и создать стройную классификацию выделяют несколько уровней возможного обобщения деятельности индивида, направленной на то, чтобы справиться со стрессом: это копинговые действия, К.-с. и копинговые стили. Копинговые действия (то, что индивид чувствует, думает или делает) часто группируются в К.-с.; стратегии, в свою очередь, группируются в копинговые стили (например, в группу стратегий, которая представляет собой концептуально похожие действия). Иногда термины «копинговые действия» и «копинг-стратегии» используются как взаимозаменяемые, в то время как понятие «копинговые стили» относится к действиям или стратегиям, которые последовательно используются индивидом, чтобы справиться со стрессом. Другие похожие термины – это «копинговые тактики» и «копинговые ресурсы».

▸ *Никольская И.М., Грановская Р.М.* Психологическая защита у детей. СПб., 2001; *Lazarus R.S.* Emotion and Adaptation. N. Y., 1991; *Folkman S., Lazarus R.S.* The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. Social Science Medicine, 26, 1998; *Koplik E.K.* et al. The Relationship of Mother-Child Coping Styles and Mother's Presence of Children's Response to Dental Stress // J. of Psychology. 1992. V. 126(1); *Moos R.H., Schaeffer J.A.* Life transitions and crises // Coping with life crises. An integrative approach. N. Y., 1986

Ю.П. Зинченко, Р.С. Шилко

Копулятивный цикл (лат. copulatio – соединение) – последовательно следующие друг за другом фазы сексуальных реакций человека во время полового акта. К. ц. был изучен и впервые описан в 1966 г. исследователями в области сексологии Уильямом Мастерсом и Вирджинией Джонсон по результатам наблюдения более чем за 10 000 половых актов. В результате исследования им удалось выделить четыре основные фазы, образующие сексуальный контакт, а именно: 1) возбуждение – возникновение комплекса физиологических реакций тела, различных для мужчин (эрекция полового члена, утолщение и подтягивание кожи мошонки, поднятие яичек к телу, нарастание мышечного тонуса, повышение артериального давления и частоты сердцебиения) и женщин (любрикация половых органов; увеличение диаметра и длины клитора, расширение и удлинение влагалища, приподнимание матки и шейки матки вверх, кровенаполнение и увеличение половых губ, эрекция сосков, нарастание мышечного тонуса, повышение артериального давления и повышение частоты сердцебиения); 2) плато – этап подготовки организма к оргастической реакции, характеризующийся значительным усилением сексуальных реакций первой фазы с изменением окраски половых губ и формированием оргастической манжетки у женщин и достижением максимальной эрекции пениса у мужчин; 3) оргазм – фаза достижения наивысшей степени сексуального удовольствия продолжительностью 3–15 минут, выражающаяся в одновременном волнообразном произвольно неконтролируемом сокращении мышц влагалища, мускулатуры матки и сфинктера прямой кишки у женщин и наличием двух последовательных стадий у мужчин (стадия подготовки к эякуляции путем вывода спермы в луковицу мочеиспускательного канала вследствие сокращения семявыносящих протоков, предстательной железы и семенных пузырьков и стадия собственно семяизвержения за счет ритмичных сокращений уретры и полового члена); 4) разрешение – период мышечной релаксации и общего расслабления с возвращением всего организма в первоначальное невозбужденное состояние.

По завершению К. ц. у мужчин наступает этап невозможности совершения повторного полового акта (рефрактерный период); длительность рефрактерного периода варьируется от нескольких минут до многих часов индивидуально для каждого мужчины в зависимости от его возраста и половой конституции. У женщин рефрактерный период как таковой не наблюдается, что и объясняет возможность женщины к мультиоргастичности.

Г.С. Васильченко предпринял попытку рассмотрения К. ц. с позиций общей теории функциональных систем П.К. Анохина и выделил в нем пять стадий. У мужчины эти стадии выглядят так: 1) психическая – осознание желания половой близости с конкретным сексуальным объектом; 2) эрекционная – формирование эрекции, направленной на объект сексуального желания; 3) фрикционная – проникновение во влагалище с постепенным нарастанием возбуждения до опре-

деленного предела; 4) эякуляторная – семяизвержение и оргазм с последующим резким спадом возбуждения; 5) рефрактерная – сексуальная невозбудимость, которая выражается сначала как абсолютная, а затем как относительная. Женские стадии К. ц., по мнению Г.С. Васильченко: 1) психическая – осознание готовности вступить в половой акт с конкретным сексуальным объектом; 2) сенсорная – нарастание сексуального возбуждения с появлением специфических физиологических реакций вследствие эротической стимуляции; 3) фрикционная – период от момента проникновения до формирования возбуждения, достаточного для наступления оргазма; 4) оргазм – полная оргастическая разрядка; 5) резидуальная – постепенное снижение возбуждения, сопровождающееся длительным периодом наличия возможности возобновления повторного полового акта.

▸ *Доморацкий В.А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический проект; Культура, 2009; *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002

А.В. Чалова

Кризис (греч. krisis – решение, поворотный пункт, исход) – 1) тяжелое переходное состояние, вызванное болезнью, стрессом, травмой и т. п.; 2) эмоционально значимое событие или радикальное изменение статуса в персональной жизни. К. различаются по длительности и интенсивности кризисного состояния. В психологии встречаются упоминания трех типов: невротические, кризисы развития и травматические.

Невротические К., предпосылки которых складываются, как правило, в детстве, могут прогрессировать даже без изменения внешних условий. Типичным является образование порочного круга внутренних защитных конфликтов, производных от основного конфликта, которые создают субъективное ощущение безвыходности и тупика, а объективно приводят к дезадаптации личности (Фрейд З., Хорни К.).

К. развития, или возрастные К., возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б.). Это относительно небольшие по времени (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями. Форма, длительность и острота К. могут значительно различаться в зависимости от индивидуально-типологических особенностей ребенка, социальных и микросоциальных условий, педагогической системы в целом. Ряд исследователей считают возрастные К. нормативным процессом, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия (Фрейд З., Эриксон Э., Выготский Л., Божович Л.). Другие видят в К. девиантное, злокачественное проявление (Рубинштейн С.Л., Запорожец А.В.). Значительно менее изучены К. зрелых периодов жизни и старости. Известно, что такие поворотные пункты возникают значительно реже: перестройки смысловых структур сознания и переориентация на новые жизненные задачи, ведущие к смене характера деятельности, происходят, как правило, более скрыто (Эриксон Э., Бюллер Ш., Жанэ П., Ливерхуд Б.).

К. травматические возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости. Личность и событие взаимно преломляются (Левин К.). Существуют также определенные личностные предиспозиции к кризисным реакциям (Амбрумова А., Кфир Н.). Кризисы этого типа могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное несчастье, трагическую потерю или невосполнимый ущерб.

Как психологический феномен К. рассматривается: 1) как социально-психологическая ситуация; 2) как особое состояние, имеющее свои субъективные и объективные характеристики; 3) как процесс переживания.

Как социально-психологическая ситуация К. рассматривается в ряду таких явлений, как «временное отклонение», «хроническое отклонение» и «слом». Как особое состояние К. проходит 3–4 стадии: шок и оцепенение (игнорирование травмирующих событий), осознание действительности и поиск смысла (гнев, чувство несправедливости, попытки «разрушить реальность»), острое горе и отчаянье (душевная боль, трудности концентрации, утрата энергии), реорганизация и рождение нового (создание образа

памяти). К. как процесс переживания понимается как поворотный пункт в реализации своего жизненного пути, внутреннего замысла своей жизни (Василюк Ф.). Он начинается с развертывания борьбы мотивов в процессе осуществления жизненного замысла и достигает апогея, когда индивид все так же остро ощущает актуальность своего сорвавшегося замысла и уверен в невозможности его реализации. Можно выделить две формы К.: в первом случае К. – это испытание, выйдя из которого человек сохраняет свой жизненный замысел, во втором – такая возможность утрачена и требуется метаморфоза личности, принятие нового жизненного замысла. Проблема оценки тяжести критической жизненной ситуации может получить разрешение при подходе к внутреннему миру человека как иерархическому соотношению «жизненных миров», в каждом из которых К. приобретает различный вес и глубину.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.С. Радионова

Кризис идентичности – нормативный кризис (важный жизненный кризис, имеющий место у большинства людей) отрочества, в ходе которого молодые люди совершают выбор идентичности в таких областях, как профессия, религия и половое поведение. Согласно модели Эриксона, для того чтобы дальнейшее развитие носило здоровый характер, этот кризис должен преодолеваться успешно.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Кризис середины жизни – это стадия развития, на которой взрослый человек может испытать неудовлетворенность, чувство запертости между поколениями; при этом возможен пересмотр направленности своей жизни, поворот к новому виду деятельности, смена социального окружения, моделей поведения, пр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Леворукость – один из вариантов межполушарной организации мозга, при котором левая рука является ведущей в различных двигательных операциях (письмо, рисование, еда, одевание, зажигание спички и др.). При ведущей левой руке другие ведущие анализаторные системы (ухо, глаз) могут быть или тоже левыми («чистый левша») или правыми («леворукий»). Таким образом, термины «Л.» и «левша» в современной литературе не совпадают, хотя раньше они были синонимами. Л. может быть врожденной или приобретенной, если из-за каких-либо дефектов правой руки человек вынужден пользоваться левой (переученный праворукий или правша). Число Л. и левшей в популяции не превышает 5–7 % (по данным разных авторов). Помимо явной, существует и скрытая Л., когда у испытуемого отмечаются отдельные признаки предпочтения левой руки в разных моторных пробах (например, в тестах «замок», «аплодирование», «поза Наполеона» и др.). Количество лиц с признаками скрытой Л. существенно больше явных Л. и левшей и достигает в разных выборках 30–40 %. Л. и левшество отражают разную степень доминирования правого полушария над левым. Л. и левши обнаруживают достоверные отличия от праворуких и правшей по своему психологическому статусу: по эмоционально-личностным, когнитивным и моторным процессам. Они характеризуются более высокой эмоциональной реактивностью, более тонким различением ряда базальных эмоций, менее успешным выполнением зрительно-пространственных задач и др. Проблема Л. и левшества изучена недостаточно. С одной стороны, Л. коррелирует с выдающимися способностями (к музыке, математике, изобразительному искусству и др.), с другой – среди лиц, страдающих различными психическими заболеваниями (шизофренией, эпилепсией и др.), а также лиц с низким уровнем интеллекта (олигофрения и др.) удельный вес Л. и левшей выше, чем среди здоровых. В связи с этим возник вопрос о существовании нормальных (фамильных) и патологических (приобретенных) Л. и левшества; последние, по-видимому, обусловлены нарушениями внутриутробного развития мозга. Л. и левшество связаны с полом: признаки доминирования правого полушария (явная и скрытая Л.) чаще наблюдаются у женщин, чистое левшество – у мужчин. Существуют литературные сведения о различном количестве Л. и левшей в разных странах, о связи Л. и левшества со временем рождения. У Л. и левшей возможны необычные способности (зеркальное письмо, цветной слух, «вещие сны» и т. п.). В клинике локальных пора-

жений головного мозга у Л. и левшей наблюдаются иные нейропсихологические синдромы, чем у праворуких и правшей. Различия связаны прежде всего с речевыми функциями. Отмечается большая вариативность нейропсихологических синдромов у Л. и левшей. Разработаны различные методы оценки Л. и левшества, которые характеризуют асимметрию как моторных, так и сенсорных функций и являются основанием для построения профиля асимметрии. Фактор Л. и левшества учитывается при профотборе (прежде всего на водительские специальности), а также при отборе детей в спортивные, музыкальные, художественные школы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Либидо (в сексологии) (лат. libido — половое влечение) — 1) половое влечение; совокупность: а) его энергетического компонента, обеспечиваемого гормональным фоном и подкорковыми структурами; б) направленности на определенный объект, обеспечиваемой врожденными программами поведения и интериоризацией сексуального опыта; 2) понятие, употребляемое для обозначения полового влечения, полового инстинкта, энергии сексуального влечения и др.

Половое влечение. В развитии и функционировании Л. человека обычно выделяют пять стадий: 1) понятийная, когда у детей формируются общие первоначальные представления о двуполости людей, собственной половой принадлежности и возникают элементы сексуального поведения; 2) романтическая (платоническая), когда появляются эротические чувства и первые идеализируемые объекты влюбленности; 3) эротическая, когда проявляется определенный интерес к ухаживанию, ласкам, прикосновениям и сексуальной разрядке; 4) сексуальная, когда проявляются стремление к половой близости и способность к переживанию оргазма (стадия разделяется на периоды: а) юношеской гиперсексуальности с мастурбацией, поллюциями, петтингом; б) переходный, с чередованием сексуальных эксцессов и абстиненций; в) зрелой сексуальности, с установлением физиологического ритма половой активности 2–3 раза в неделю; г) инволюционного угасания Л.); 5) зрелая, когда проявления полового влечения характеризуются наличием совокупности физиологических, эмоциональных, рациональных и ценностных компонентов, селективностью, относительно полноценной реализацией и определенным контролем половой активности и полового поведения в связи с обстоятельствами места и времени.

У юношей Л. быстро проходит романтическую и эротическую стадию, а у девушек «застревает» в эротической стадии до начала регулярной половой жизни, а иногда и до родов.

Половой инстинкт, половое стремление, сексуальное желание. В этих значениях понятие «Л.» было введено в научный оборот в конце XIX в. немецким психиатром А. Моллем и др.

Энергия сексуального влечения, детерминирующая психическую жизнь и поведение человека в норме и патологии; движущая сила сексуальной жизни и всего связанного с любовью, проявляющаяся в непосредственных и символических формах; сексуальная энергия и движущая сила психики и жизни вообще. В метафорически насыщенных значениях понятие «Л.» употребляется в классическом психоанализе З. Фрейда и его последователей, вошло в лексикон современной науки и язык обыденной жизни. Источник сексуальной энергии в концепции З. Фрейда связан с соматической сферой, а основным «резервуаром» ее является Ид (Оно). Л. как энергия (энергетическая основа) Эроса присутствует во всех субстанциях организма и психики человека, но наиболее определенно проявляется в его гениталиях и эрогенных зонах. Основными формами существования Л. как сексуальной энергетической и динамической силы, по З. Фрейду, являются противоположные по направленности: а) Объект-либидо (объектное либидо), т. е. Л., ориентированное на какой-либо внешний объект и «привязанное» к нему; б) Субъект-либидо (либидо-Я, Эго-либидо, Я-либидо, нарциссическое либидо), ориентированное на собственное Я и «привязанное» к нему. Выступая как доминирующий мотив сексуальных ориентаций и всего поведения, Л. может преобразовываться из одной формы в другую, хотя в сексуальной жизни человека одна из данных форм, как правило, преобладает. Трансформация и переориентация Л. как количественно измеряемой энергии осуществляются вследствие действия различных «защитных механизмов», главным образом вытеснения и сублимации, обеспечивающих чрезвычайно широкий диапазон проявлений Л.: от элементарных физиологических актов до творчества.

В аналитической психологии К.Г. Юнга и его последователей понятие «Л.» употребляется преимущественно для обозначения психической энергии вообще (т. е. энергии психики как таковой).

В современном психоанализе термин «Л.» получил более широкое толкование и нередко используется для обозначения психической энергии в целом. В зависимости от того, куда направляется, вкладывается и с чем связывается (катексируется) эта психическая энергия, различают объектное Л. (объект-либидо), направленное на внешние объекты, и нарциссическое Л. (Я-либидо), направленное на собственное «Я».

В современной научной и популярной литературе понятие «Л.» употребляется в различных значениях, смысл которых, за исключением специально оговариваемых случаев, определяется по контексту.

При сексуальных расстройствах происходит снижение Л. (гиполибидемия), его повышение (гиперсексуальность) или изменение его направленности (перверсии или парафилии). Подавление Л. сильным страхом с вегетативными реакциями (обильное потоотделение, тошнота, сердцебиение) образует феномен сексуальной аверсии; в отечественной литературе аверсия чаще используется как синоним отвращения к интимной близости, вызванного неприязненными отношениями с партнером или его непринятием по другим причинам (нечистоплотность, потливость, дурной запах и т. п.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко, С.Т. Агарков

Литеральная парафазия — замена нужного звука (или буквы) другим звуком (или буквой), что приводит к искажению слова, — один из симптомов афазии. Характер замены зависит от формы афазии. При сенсорной афазии замена происходит по признаку фонематической близости звуков (или букв). Так, звук [с] заменяется звуком [з], [б] — [п] и т. д. При афферентной моторной афазии заменяются звуки (или буквы), близкие по способу произношения (т. е. близкие артикулемы). Например, звук [л] заменяется звуком [н], [м] — [б] или [п] и т. д. Л. п. проявляется как в устной, так и в письменной речи.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Личности типы А, Б и С (Rosenman R., 1993) — особый склад личности: а) личность А-типа склонна к соперничеству, нетерпелива, враждебна и агрессивна, с ориентацией на контроль; чаще хорошо учится в колледже и делает успешную карьеру (Kliewer W., Lepor S.J. and Evans G.W., 1990; Ovcharchyn C.A., Johnson H.H. and Petzel T.P., 1981); однако этот успех имеет свою цену; люди с типом личности А чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, приобретают коронарный тромбоз, по сравнению с людьми с типом личности Б; б) личность Б-типа противоположна А-типу: как правило, это терпеливый, спокойный, не склонный к соперничеству человек.

Психолог Лидия Темошок (Temoshok L.) из Калифорнийского медицинского колледжа в Сан-Франциско, интервьюируя пациентов со злокачественной меланомой, обнаружила, что все они обладают похожими чертами характера: приятные люди, образцовые пациенты, отличающиеся пассивностью и отсутствием выражения отрицательных эмоций (она описала эти особенности как тип личности С). Позже она обнаружила, что пациенты типа С хуже реагируют на лечение, чем те, кто мог выражать свои сильные эмоции, а не подавлять их. Тип С отличает качество преодоления болезни, которое коррелирует с потерей времени перед первым посещением врача и с подавлением отрицательных эмоций («дисфорических эмоций»).

К настоящему времени в психологии и психиатрии накоплен большой опыт построения типологий личности; рассмотренная типология, хотя и не самая популярная, используется при проведении психосоматических исследований.

▸ Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини и А. Ауэрбаха. СПб.: ПИТЕР, 2003

К.В. Кулешова

Логоневроз (в неврологии) (logoneurosis; греч. logos — слово, речь; лат. neurosis — невроз; синоним: невроз речи) — невротическая форма заикания, при которой у человека нет стабильно труднопроизносимых звукосочетаний, а заикание проявляется исключительно в сложных для него ситуациях. Традиционно заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

По современным представлениям (МКБ-10, 1994), имеется в виду речь, которая характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков, слогов или слов; или частыми остановками, или нерешительностью в речи, что разрывает ее ритмическое течение. Недугом нарушения речевой коммуникации в форме Л. страдает 2,5–3 % населения.

Внешние проявления заикания описаны достаточно подробно и непротиворечиво. При заикании органы артикуляции движутся со сбоями, дыхание становится напряженным, коротким, часто заикающиеся говорят на вдохе, голос также напряжен. Отсутствует согласованность в работе артикуляции, дыхания и голоса. Некоторые заикающиеся, пытаясь преодолеть запинки в речи, помогают себе, совершая различные сопутствующие движения. Вначале эти движения как будто бы действительно облегчают речь, но очень быстро становятся насильственными, делают заикание еще более тяжелым.

Основной симптом заикания — судороги мышц речевого аппарата. Речевые судороги возникают только в момент речи или при попытке начать говорить и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата. Общепризнано, что классическое описание речевых судорог представлено в монографии А.И. Сикорского «О заикании», которая была опубликована еще в 1889 году. Он выделил 16 форм различных речевых судорог в зависимости от их локализации. По месту проявления они делятся на дыхательные, голосовые и артикуляционные. По характеру судороги бывают клонические, тонические и смешанные.

Начало заикания может быть различным. Иногда запинки появляются стремительно, внезапно. В других случаях заикание возникает постепенно, незаметно для окружающих. Ребенок растягивает гласные, останавливается, повторяет слоги или слова.

До настоящего времени в литературе нет единой точки зрения на то, почему дети начинают заикаться. Но практически все исследователи выделяют ряд факторов, имеющих значение при появлении заикания:

1. Определенный возраст ребенка. Обычно первые признаки заикания появляются в возрасте 2–6 лет. Отмечены лишь единичные случаи, когда заикание появлялось после 7 лет. Именно в этом возрасте речевая система находится в стадии интенсивного развития и поэтому является избирательно чувствительной к влиянию вредоносных факторов.

2. Состояние центральной нервной системы ребенка. У некоторой части заикающихся в работе головного мозга отмечаются серьезные недостатки. Как правило, они следствие внутриутробных, родовых и ранних послеродовых заболеваний и травм центральной нервной системы. Заикание в этом случае имеет стабильный характер, степень его тяжести примерно одинакова в разных ситуациях общения. У другой части заикающихся исследования не обнаруживают органического поражения мозга. Заикание возникает на основе слабости нервной деятельности, без гибели самих клеток мозга. Речь заикающихся может быть то совсем нормальной, то вдруг наступает резкое ухудшение, которое можно связать с эмоциональным напряжением, утомлением или заболеванием ребенка.

3. Индивидуальные особенности речевого развития. Большое значение в появлении заикания имеет темп речевого развития. Появление развернутой фразовой речи к 1,6–1,8 года жизни делает формирующуюся функциональную систему речи более ранимой. Аналогичная ситуация возникает и при некоторой задержке речевого развития. У таких детей интенсивное развитие фразовой речи в 3,5–4,5 года может способствовать появлению заикания. Кроме того, активное введение в общение второго языка в 1,5–2,5 года, когда ребенок еще в силу возрастных особенностей не овладел в достаточной степени родным языком, связано с большим психическим напряжением. Для некоторых детей это, безусловно, патогенный фактор.

4. Наличие психической травматизации. Отмечено, что именно вскоре после перенесения острой психической травмы или на фоне хронических конфликтных ситуаций у детей, имеющих определенные особенности нервной системы, могут появиться запинки судорожного характера.

5. Генетический фактор. По-видимому, по наследству передается определенная слабость центральных речевых механизмов, которые повышенно подвержены воздействию факторов риска. Генетическая наследственность проявляется только при наличии дополнительного вредного воздействия.

6. Пол ребенка. По данным разных авторов, у мальчиков заикание встречается в 2–4 раза чаще,

чем у девочек. Механизм этого явления до конца не ясен. Исследователи отмечают среди мальчиков и больший процент левшества. Некоторые авторы рассматривают левшей в группе риска в плане возникновения заикания.

У большинства Л. проявляется во многих ситуациях, которые именно для них являются сложными.

Оценка степени тяжести Л. складывается из двух показателей: 1) числа ситуаций, в которых человек заикается; 2) силы проявления Л. Легкая степень характеризуется тем, что он почти не мешает человеку и не воспринимается как особая проблема. При средней степени в спокойных, привычных ситуациях человек практически не заикается. Чем ситуация напряженнее, ответственнее, эмоционально значимее, тем речь становится хуже, вплоть до полной невозможности говорить. Заикание мешает человеку в жизни: ставит барьеры при выборе работы, в карьере и в личной жизни, накладывает определенный отпечаток на личность. Человек с тяжелой степенью Л. заикается практически всегда. Заикание блокирует нормальную учебу и работу, связанную с общением, а также может вызывать существенные изменения в структуре личности.

В современных исследованиях заикание предстает прежде всего как нарушение системы общения, приводящее к изменениям личности заикающегося. У пациентов с Л. можно наблюдать следующие личностно-поведенческие характеристики: заниженная самооценка, пассивно-оборонительное поведение, изменения в когнитивной сфере (искаженное представление о себе как субъекте общения, объяснение своих коммуникативных проблем из факта наличия заикания, а не личностных особенностей), неверие в возможность излечения. Ю.Б. Некрасова, ссылаясь на данные В.С. Ротенберга и Г. Аммона, подчеркивает, что в наиболее тяжелых случаях недуга эти изменения ведут к утрате чувственного контакта с людьми, интегрированности с миром и отказу от поисковой активности, что ставит проблему восстановления нарушенного общения через глубинное преобразование личности. В то же время многие специалисты отмечают, что большинство пациентов быстро прекращают занятия с логопедом, с возрастом все более адаптируясь к своему дефекту, или же стремятся переложить на плечи своего лечащего врача и личные проблемы, связывая их с заиканием. Как отмечают английские психотерапевты L. Rustin и A. Kurn (1992), имеются пациенты, уверенные в своей невосприимчивости к лечению, а также такие, кто использует речевой дефект и как средство защиты, и как средство нападения – с целью обидеть человека.

Лечение Л. предполагает объединение усилий многих специалистов: врачей-психоневрологов, психотерапевтов, психологов, рефлексотерапевтов, логопедов. Каждый специалист вносит важную лепту в лечение заикания, ни один из них не сможет устранить его самостоятельно. Рассматривая заикание как модель нарушенного общения в целом, и процесс социореабилитации пациентов с данным заболеванием следует рассматривать как процесс восстановления полноценного диалогического общения, модель перестройки личности из «больной», не уверенной в себе, коммуникативно ограниченной – в здоровую, наделенную новыми чертами, позволяющими ей стать коммуникабельной, социально активной. При таком подходе и весь цикл лечебного перевоспитания также может служить моделью процесса социореабилитации в целом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Некрасова Ю.Б.* Лечение творчеством. М., 2005; *Поварова И.А.* Заикание: диагностика и коррекция темпоритмических нарушений устной речи. СПб., 2005; *Сикорский А.И.* О заикании. 1889; *Шкловский В.М.* Заикание. М., 1994

Е.А. Корабельникова

Локализация высших психических функций – кардинальная проблема о соотношении мозга и психических процессов, разрабатываемая рядом научных дисциплин: нейрофизиологией, нейроанатомией, нейропсихологией и другими нейронауками. История изучения этой проблемы восходит к трудам Гиппократа, Галена и др.; является ареной острой борьбы между представителями материалистической и идеалистической философии. Рассмотрение проблемы Л. в. п. ф. всегда зависело от решения следующих вопросов: что такое психическая функция, каково строение мозга и что собой представляет сама локализация.

Представители одного из направлений в решении проблемы Л. в. п. ф. – узкого локализационизма – рассматривали психические функции как единые, неразложимые на компоненты «психические способности», осуществляемые узкоогра-

ниченными участками коры головного мозга или соответствующими мозговыми «центрами». Поражение «центра», по их мнению, ведет к выпадению соответствующей функции. Френологическая карта Ф. Галля и локализационная карта К. Кляйста представляют собой логическое завершение идей узкого локализационизма о работе коры больших полушарий как совокупности различных «центров» психических способностей.

Другое направление — «антилокализационизм» — рассматривало мозг как единое недифференцированное целое, с которым в равной степени связаны все психические функции. Последние также трактовались как неделимые психические способности. Согласно данной теории, поражение любой области мозга ведет к общему снижению функции (например, к снижению интеллекта, как считал Ф. Гольц, или к общему ухудшению «символической функции», по К. Гольдштейну). Степень нарушения функции не зависит от локализации поражения, а определяется массой мозга, перенесшей локальное поражение.

Эмпирические исследования свидетельствуют: поражение отдельных участков мозга приводит к нарушению различных психических процессов. При этом возможно осуществление той же функции другими отделами мозга, т. к. при локальных поражениях мозга нередко наблюдаются факты высокой компенсации возникших нарушений. Данное противоречие нашло разрешение в теории системной динамической Л. в. п. ф., разработанной Л.С. Выготским и А.Р. Лурией. Эта теория основана на положениях, сформулированных в отечественной психологии Л.С. Выготским, А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурией и др., о социально-исторической обусловленности, прижизненном формировании, системном строении и динамической организации высших психических функций человека, а также на трудах крупнейших отечественных физиологов: И.М. Сеченова, И.П. Павлова, П.К. Анохина, Я.А. Бернштейна, в которых развиваются представления о рефлекторной природе и сложной системной физиологической организации психических процессов.

Согласно теории системной динамической Л. в. п. ф. человека, психические функции следует рассматривать как сложные системные образования, прижизненно сформированные, опосредствованные по своему строению (прежде всего речью) и сознательно произвольные по своему функционированию. Физиологической основой психических функций являются сложные функциональные системы, состоящие из многих афферентных и эфферентных звеньев. Психическая функция лабильна, динамична, изменчива по своей организации. Различные звенья функциональной системы могут замещать друг друга, каждое ее звено связано с определенной мозговой структурой, а вся функциональная система — со многими мозговыми структурами как коры, так и подкорковых образований. Существуют общие звенья функциональных систем, которые участвуют одновременно в осуществлении нескольких психических функций. Поражение этих звеньев ведет к появлению закономерных сочетаний нарушений психических функций, составляющих определенные нейропсихологические синдромы. Согласно теории системной динамической Л. в. п. ф., мозг как субстрат психических процессов работает как единое целое, состоящее из множества высокодифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль. Непосредственно с мозговыми структурами надо соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы, которые осуществляются в соответствующих мозговых структурах. Нарушение этих физиологических процессов приводит к появлению первичных дефектов, распространяющихся на целый ряд взаимосвязанных функций. Физиологические процессы, осуществляемые в определенных мозговых структурах, ответственные за возникновение определенных нейропсихологических синдромов, обозначаются в нейропсихологии как нейропсихологические факторы. Теория системной динамической Л. в. п. ф. представляет собой новый важный этап в решении сложнейшей проблемы мозгового субстрата психических процессов. Справедливость этой теории проверена многолетней практикой успешной нейропсихологической диагностики локальных поражений мозга и восстановления нарушенных функций.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Мазохизм (в сексологии) — половое извращение, при котором необходимым условием достижения

оргазма является ощущение субъектом физической боли и морального унижения. Явление М. получило название по имени австрийского писателя Л. Захер-Мазоха.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Мания (греч. mania – страсть, безумие, влечение) (в психиатрии) – синдром психических расстройств, проявляющийся длительным устойчивым повышением настроения, беспричинной радостью, необоснованным оптимизмом, ускорением мышления и двигательной расторможенностью. Характерны завышенная самооценка, уверенность в своей талантливости, безупречности и исключительности, желание демонстрировать всем свои способности (петь, танцевать, декламировать). Чрезвычайно выражены все влечения, в том числе стремление общаться (даже с посторонними и случайными людьми), помогать и опекать. Повышено сексуальное влечение, больные склонны к кокетству, ухаживаниям, нескромным намекам. Наблюдается щедрость, заинтересованность во всем, однако из-за высокой отвлекаемости ни одно из дел не бывает завершено. Такому состоянию сопутствует физиологический комфорт, повышенный аппетит, уменьшение потребности во сне. Возникает М. без какой-либо причины (эндогенно) и рассматривается как типичное проявление биполярного расстройства (маниакально-депрессивный психоз). Хотя М. может продолжаться несколько месяцев, она хорошо поддается лекарственному лечению, может пройти и без какого-либо лечения. Психотерапевтическая коррекция малоэффективна.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000

Ю.Г. Тюльпин

Маскулинность и фемининность (лат. masculinus – мужской и femininus – женский) – 1) нормативные представления о соматических, психических и поведенческих чертах, характерных для мужчин и для женщин; элемент полового символизма, связанный с дифференциацией половых ролей; 2) в дифференциальной психологии – научные конструкты, параметры определенных психодиагностических тестов. Некоторые черты М. и ф. являются транскультурными и ассоциируются с биологическими половыми различиями (например, отождествление М. с силой и агрессивностью, а ф. – с мягкостью и нежностью). Однако как системное целое М. и ф. являются историческими, культурно-специфическими социальными представлениями, отражающими определенную систему половой стратификации. Обыденное сознание и склонная биологизировать половые различия философия часто отождествляют М. с активно-творческим, культурным, а ф. – с пассивно-репродуктивным, природным началом. Однако такая дихотомизация игнорирует реальное многообразие свойств М. и ф., их зависимость от социального полового разделения труда, а также наличие множества индивидуальных вариаций, не совпадающих с нормативной моделью. Образы М. и ф. в общественном сознании показывают не то, какими «на самом деле» являются мужчины и женщины (это зависит от контекста, вида деятельности и т. д.), а то, как они представляют себе самих себя и друг друга. Недаром такие образы у мужчин часто резко отличаются от образов у женщин. Эти трудности существуют и в науке; в XIX в. М. и ф. считались дихотомическими, взаимоисключающими, всякое отступление от подразумеваемого норматива считалось патологическим или девиантным. По мере расширения сферы социального взаимодействия мужчин и женщин и совершенствования самой психологической теории этот жесткий нормативизм уступил место идее континуума мужских и женских качеств. На этой базе были созданы специальные шкалы для измерения М. и ф. умственных способностей, эмоций, интересов и т. д. Предполагалось, что в пределах некоторой нормы индивиды могут различаться по степени М. и ф., но сами эти свойства казались альтернативными: высокая М. должна коррелировать с низкой ф.; причем для мужчин желательна высокая М., а для женщин – высокая ф. Однако затем выяснилось, что не все психические свойства можно дифференцировать по полу, а индивидуальные показатели М. и ф. у мужчин и женщин по разным шкалам часто не совпадают друг с другом. Современные теории и тесты С. Бем (Bem), Д. Спенс (Spence) и Р. Хелмрайха (Helmreich) концептуализируют М. и ф. не как полюсы одного и того же континуума, а как независи-

мые друг от друга измерения. Любой индивид, независимо от своего пола, может быть отнесен к одной из четырех групп: маскулинной (высокая М. при низкой ф.), феминнной (высокая ф. при низкой М.), андрогинной (высокие показатели как по М., так и по ф.) и недифференцированной (низкие показатели и по М., и по ф.). Какой именно набор М. и ф. больше благоприятствует социальной адаптации и психическому благополучию мужчин и женщин, зависит от целого ряда конкретных условий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.С. Кон

Мастурбация (лат. manus – рука и stuprare – осквернять) – одна из форм удовлетворения сексуального влечения путем самораздражения гениталий (реже – других эрогенных зон) с целью достижения оргастической реакции.

М. является естественной для периода подростковой гиперсексуальности. Позже, после обретения постоянного полового партнера, М. в норме сменяется полноценным половым актом и иногда возвращается в периоды вынужденного сексуального воздержания.

Бытует мнение о вреде М. и ее пагубном воздействии на здоровье. В случае нормального психического состояния М. не представляет опасности, если является контролируемой, не переходит в навязчивые состояния или формы, замещающие полноценную сексуальную близость. М. может быть даже полезной и назначаться сексологами как форма терапии сексуальных дисфункций; например, М. как самоизучение может внести пользу в сексуальную жизнь партнеров и, дополнив их знания об особенностях сексуальности друг друга, повысить качество сексуальной близости. М. является неотъемлемой частью секс-терапии таких расстройств, как, например, вагинизм. М. может применяться в ситуациях длительного воздержания с целью физиологической разрядки, например в период сложной беременности с запретом на сексуальные контакты или при каких-либо медицинских противопоказаниях к половому акту.

Следует отличать детскую раннюю М. от взрослой формы. В основе детской М. лежит не сексуальное влечение и стремление к разрядке (половое созревание еще не началось), как у взрослого человека, а наличие психологического, физического или гормонального неблагополучия. Такое явление требует незамедлительного обращения родителей к врачам-педиатрам и детским психологам с целью установления точных причин и их своевременного устранения; своевременно не выявленные физические или гормональные нарушения могут давать тяжелые последствия для жизни и здоровья ребенка в будущем. При этом следует помнить, что резкая реакция родителей на М. ребенка может сформировать у него тяжелую психологическую травму, затрудняющую сексуальную жизнь в период взрослости.

▸ *Васильченко Г.С.* Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение // Общая сексопатология: руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1977; *Екимов М.В.* Формы мастурбации, психосексуальное развитие и сексуальные дисфункции // Сексология и сексопатология. 2003. № 6. С. 14–21; *Кочарян Г.С.* Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии // Здоровье мужчины. 2006. № 4(19). С. 84–93

А.В. Чалова

М-зависимость (зависимость от медикаментов) – зависимость от постоянного и необоснованно чрезмерного приема медикаментов (как и в любом другом виде зависимостей, состояние не остается на некотором фиксированном уровне и само по себе имеет тенденцию к ухудшению динамики, росту толерантности). По аналогии с А (алкоголь) – зависимыми и Н (наркотики) – зависимыми в современных исследованиях выделяется группа пациентов, страдающих М. Преходящий комфорт зависимым человеком ставится выше угрозы необратимых деструктивных процессов. Существо проблемы – борьба ведется с симптомами неблагополучия при консервации (из-за отсутствия развернутой диагностики) истинных причин. Без работы над причинами неблагополучия оно, соответственно, развивается бесконтрольно.

Особенность патогенеза – вовлеченность в деструктивную деятельность врачей (с их невниманием к сложным вопросам психологии и психотерапии личности), персонала аптек, провоцирующая роль активности фармацевтических компаний (ве-

дущих агрессивную рекламную кампанию). Наиболее часто встречающиеся типы М.: переоценка действенности снотворных препаратов, неоправданное употребление транквилизаторов, обезболивающих, стимуляторов и т. п. По мнению немецких исследователей (Дернер К., Плог У., 1997), в конце прошлого века пораженными М. можно было считать полмиллиона граждан ФРГ.

▸ *Дернер К., Плог У.* Заблуждаться свойственно человеку: учеб. пособие по психиатрии и психотерапии / Пер. с нем. СПб.; НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997

В.А. Урываев

Межполушарная асимметрия и межполушарное взаимодействие — фундаментальные закономерности работы мозга как парного органа. М. а. является частным случаем М. в. На современном этапе изучения работы мозга как парного органа в большей степени изучены закономерности М. а.

Анатомические, физиологические данные и материалы наблюдения за больными, имеющими сходные латеральные поражения, свидетельствуют о неравнозначности левого и правого полушарий мозга. Анатомическая асимметрия имеется как в корковых, так и подкорковых отделах мозга. Физиологическая асимметрия проявляется в различиях биоэлектрической активности симметричных отделов левого и правого полушарий как в состоянии покоя, так и (особенно) во время психической деятельности. Клинические данные указывают на различное отношение левого и правого полушарий мозга к речевым и неречевым функциям. Современная нейропсихология рассматривает проблему М. а. как проблему функциональной специфичности полушарий, их различного вклада в каждую техническую функцию (элементарную и высшую). М. а. имеет не глобальный, а парциальный характер. Выделяют моторные, сенсорные и «психические» асимметрии, причем каждая из них подразделяется на множество более частных видов. В моторной асимметрии выделены ручная, ножная, оральная, глазодвигательная и др. М. а. К сенсорной М. а. относятся зрительная, слуховая, тактильная, обонятельная и др. К «психической» — асимметрия мозговой организации речевых и других психических функций (перцептивных, мнестических, интеллектуальных).

На основе оценки М. а. в трех анализаторных системах (рука — ухо — глаз) разработана классификация типов М. а., или профилей латеральной организации мозга (ПЛО) (по Хомской Е.Д. и др.). Существует пять основных типов ПЛО: «чистые» правши, праворукие, амбидекстры, леворукие и «чистые» левши, у которых ведущими являются все левые анализаторные системы («чистые» типы), либо ведущие системы различны (смешанные типы). Типы ПЛО (т. е. разные типы М. а.) отражают разную форму и степень левого или правого полушарий мозга. Различные типы ПЛО характеризуются различными показателями когнитивных (речевых и неречевых), двигательных и эмоционально-личностных процессов.

М. в. осуществляется с помощью комиссур (мозолистого тела, гиппокампальной комиссуры, уздечки и др.), нарушение которых приводит к появлению «синдрома расщепленного мозга». Нарушение М. в. проявляется в нарушении реципрокных двигательных актов, аномии (нарушении способности давать словесный отчет об информации, поступающей в правое полушарие, — у правшей), дископии — дисграфии (нарушениях способности писать и рисовать обеими руками). М. в. может нарушаться или полностью, или частично (синдромы парциального расщепленного мозга по Московичюте Л.И., Симерницкой Э.Г. и др.).

М. а. и М. в. — результат действия биосоциальных факторов. Функциональная неравнозначность полушарий проявляется сразу же после рождения ребенка, однако окончательное формирование механизмов М. а. и М. в. происходит к 12–14 годам и даже позже. Таким образом, парная работа полушарий формируется под влиянием и генетических, и социальных факторов.

Методы исследования М. а. подразделяются на методы исследования ведущей руки, ноги, глаза, уха и др. и представляют собой различные способы исследований функций одного анализатора с последующим сопоставлением результатов по другому анализатору. Методы исследования М. в. основаны на принципе двойной стимуляции анализаторов (при оценке М. в. в сенсорных системах) или одновременных моторных ответов двумя руками, ногами (при оценке М. в. в моторных системах). Наиболее известным из таких методов является метод дихотического прослушивания звуковых сигналов (слов, слогов, цифр, неречевых сигналов).

Изучением проблемы М. а. и м. в. активно занимаются психология, нейрофизиология, нейроанатомия и другие дисциплины. Данная проблема важна для современной клинической психологии и особенно нейропсихологии (клинической, экспериментальной, детской, дифференциальной и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Мортидо (лат. morte – смерть) – в психоаналитической традиции: 1) влечение к смерти; 2) энергия влечения к смерти; 3) агрессивное влечение; 4) деструктивное влечение.

Понятие введено в оборот австро-американским психоаналитиком П. Федерном, который понимал под М. явление, силу и энергию, по сути своей аналогичные либидо, но противоположные ему по направленности и функциям.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Мужчин и женщин психология – новые отрасли психологии, предметом изучения которых являются особенности психофизического, личностного, когнитивного развития представителей разных полов; психологические проблемы, возникающие вследствие асимметрии гендерной социализации, полоролевых стереотипов, в связи с особенностями возрастного развития (например, менопауза) и физиологических функций (кормление грудью). Возникли в результате широкого женского движения в США и применения гендерного подхода для переосмысления данных, получаемых в гуманитарных науках: философии, истории, социологии, психологии и т. д. Как правило, Ж. п. или М. п. включаются в более широкие интегративные дисциплины: изучение женщин (women's study), изучение мужчин (men's study), феминологию (введена в РФ как нормативная вузовская учебная дисциплина в 1995 г.).

В психологии проведен критический анализ интерпретаций различий между женщинами и мужчинами в контексте психодинамических теорий (Хорни К. Женская психология. СПб., 1993), который показал ограниченность «мужской» точки зрения (Freud S., 1927; Kohlbreg L., 1967) и плодотворность выхода за ее пределы; разработаны психологические теории развития женщин и их профессионального становления (Gilligan C. In a different voice. Cambridge, 1982; Hollinger C.L, Fleming E.S., 1992; Steinkamp M.W., 1984). Развитие Ж. п. способствовало принятию Американской психологической ассоциацией (APA, 1978) рекомендаций по предотвращению сексизма в психотерапевтической практике.

В М. п. исследованы последствия полоролевой социализации, которые приводят к психологическим стрессам, конфликтам и препятствуют целостной самореализации мужчин (O›Neil J.M. Male sex role conflicts, sexism, and masculinity // Counseling Psychologist. 1981; 9: 61–80; Solomon K., 1982).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.В. Попова

Мутизм (лат. mutus – немой, безгласный) – симптом нарушения двигательно-волевой сферы, выражающийся в полном молчании; часто отсутствуют как вербальный, так и невербальный компонент общения при ненарушенной способности разговаривать и понимать чужую речь.

М. может быть проявлением негативизма (например, при шизофрении) или истеро-конверсионных расстройств (например, при психопатиях); однако в последнем случае в отличие от афонии (потеря или беззвучность голоса вследствие расстройства функции голосовых связок при бульбарном или псевдобульбарном параличах) речь идет о функциональных расстройствах, обусловленных появлением запредельного торможения.

В детском возрасте может возникать элективный М. (Трамер М. [Tramer M.], 1934) – невротический симптом, чаще в возрасте 3 лет, иногда связан с началом посещения детсада или школы, проявляющийся в избирательности контакта с окружающими. Такой ребенок может поддерживать контакт со всеми членами семьи, кроме одного, или лишь с одной воспитательницей детсада, с одной подружкой (другом), кроме всех остальных. Речь и интеллект при этом не нарушены. Встречается приблизительно с одинаковой частотой у обоих полов; характерно сочетание с выраженными личностными особенностями, такими как социальная тревожность, отгороженность, чувствительность или оппозиционное поведение. Длительность проявления – от нескольких месяцев до 2–3 лет.

Отмечается тенденция к самопроизвольному исчезновению, эффективна психотерапия (Соловьева М.В., 1936). Следует иметь в виду, что появление элективного М. может оказаться одним из признаков формирующейся психопатии. В связи с этим необходимо длительное наблюдение за таким пациентом.

М. в составе кататонического синдрома рассматривается как характерное проявление некоторых (чаще неблагоприятных) форм шизофрении.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин, Ю.Г. Тюльпин

Мышление символическое (в психиатрии) — симптом нарушения ассоциативного процесса, выражающийся в патологической склонности наделять понятия иным, чем принято в обществе, смыслом. Общение становится непродуктивным, поскольку больной не заботится о том, понятен ли собеседнику скрытый смысл его выражений и слов. Часто он оперирует словами, которые выдумал сам (неологизмы), не давая каких-либо пояснений и четких определений. Понимание сказанного особенно затруднено из-за того, что смысл символических понятий может неоднократно меняться (так, цифра 7 трактуется то как имя Семен, то как размер зарплаты, то как символ смерти). Часто одним и тем же символическим содержанием наделяются разные слова и понятия (так, символами гармонии и здоровья больной одновременно называет семь цветов радуги, семь нот и семь шейных позвонков). Такие мыслительные построения осуществляются неосознанно, автоматически, и больной не способен усилием воли перейти на более простой и адаптивный стиль выражения своих идей. Чаще всего символическое мышление выступает как стойкий необратимый симптом шизофрении. При шизоидной психопатии это расстройство бывает выражено мягко, лишь отчасти затрудняет общение и не прогрессирует.

▸ *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991; *Bleuler E.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Репр. изд. 1993

Ю.Г. Тюльпин

Мышления ускорение (в психиатрии) — симптом нарушения мыслительного процесса, проявляющийся патологическим богатством и легкостью возникновения ассоциаций. При этом каждая новая мысль рождает поток новых мыслительных связей; больной постоянно отвлекается от предмета разговора, высказывает все новые идеи и замечания. Ни одна из мыслей, таким образом, не бывает высказана до конца. Часто собеседник слышит как бы лишь краткий конспект того, что мелькает в голове больного, но из этих слов невозможно понять, что имеет в виду собеседник (словесная окрошка). Ускорение мышления является довольно надежным признаком мании. Этот симптом является обратимым, хорошо поддается лечению психотропными средствами. Психотерапевтическая коррекция малоэффективна.

▸ *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983; *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000

Ю.Г. Тюльпин

Навязчивые состояния — непроизвольные, внезапно проявляющиеся в сознании тягостные мысли, представления или побуждения к действию, воспринимаемые человеком как чуждые, эмоционально неприятные. Термин ввел немецкий психиатр Р. Крафт-Эбинг (1868). Хотя больной часто относится к Н. с. как к болезненным и мешающим ему явлениям, бороться с ними он не в состоянии. Например, в случае навязчивого страха заражения, который сопровождается бесконечным мытьем рук, пациент понимает, что страх его нелогичен, что глупо мыть руки «до дыр», ошпаривать яблоко кипятком и т. п., но делает это, дабы смягчить душевную внутреннюю напряженность, лежащую в основе Н. с. Подобные состояния выделяются в интеллектуальной, эмоциональной (фобии) и моторной сферах. Они являются основным симптомом при некоторых неврозах, встречаются также при шизофрении, психопатиях, органических поражениях мозга. Иногда они возникают у здоровых людей при утомлении, тревоге. Защитно-приспособительный механизм разнообразных навязчивостей состоит в том, что поначалу аморфная, беспредметная аффективная напряженность превращается в определенные Н. с., позволяющие больному снизить уровень внутренней напряженности, хотя

само содержание Н. с. может быть очень мучительно для него. В связи с этим не рекомендуется «ломать» «навязчивые щиты» большими дозами нейролептиков – это способствует усилению, «выходу» чисто аффективного расстройства (острой тревоги, тоскливости).

При тяжелых формах Н. с. у больных наблюдаются парадоксальные формы реагирования: максимально усиленные защитные реакции против мнимых опасностей при резком ослаблении адекватных инстинктивных форм реагирования на реальные вредные воздействия или угрозы. Например, больные с различными Н. с. могут спокойно реагировать на обнаруженное у них злокачественное заболевание.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко, А.М. Эткинд

Наркомания (греч. narke – оцепенение и mania – безумие, страсть, влечение) – заболевание, возникающее в результате употребления наркотических средств, вызывающих в малых дозах эйфорию, в больших – оглушение, наркотический сон. Характеризуется непреодолимым влечением к приему наркотиков, тенденцией к повышению употребляемых доз, формированием абстинентного синдрома, психической и физической зависимостью. По мере развития болезни нарастают личностные изменения наркомана, изменения в его мотивационной структуре, отмечаются проявления социальной и психической деградации, появляются признаки физического неблагополучия: соматовегетативные расстройства, раннее одряхление. В этой группе людей часты самоубийства.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Б.С. Братусь

Нарушения бодрствования – нарушение цикла «сон – бодрствование», регулируемого неспецифическими механизмами мозга (ретикулярной формацией ствола и др.). Н. б. возникают при поражении различных уровней неспецифической системы мозга, включая кору больших полушарий (особенно при поражении гипоталамической области мозга).

Н. б. могут быть следствием невротического заболевания. Проявляются в виде повышенной сонливости или бессонницы, а также в виде нарушения нормальной периодичности смены сна бодрствованием.

Н. б. отражают нарушения в работе «биологических часов»; могут быть вызваны искусственно (например, при смене часового пояса при перелетах). Н. б. имеют возрастные особенности, компенсируются с помощью различных фармакологических воздействий, а также с помощью психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Нарушения внимания – патологические изменения избирательности, направленности любой психической деятельности. Н. в. проявляются в сужении объема внимания, в его неустойчивости, нарушениях концентрации внимания, отвлекаемости на побочные раздражители и других симптомах. Н. в. могут распространяться преимущественно на непроизвольные или произвольные формы внимания. Н. в. наблюдаются при состояниях утомления, соматических заболеваниях, органических поражениях мозга, психических расстройствах, умственном недоразвитии.

При локальных поражениях мозга Н. в. наблюдаются в двух формах. В виде модально-неспецифических расстройств, когда Н. в. проявляются одновременно во многих видах психической деятельности при восприятии раздражителей любой модальности. Такие Н. в. характерны для больных с поражением неспецифических структур мозга разных уровней. Вторая форма Н. в. – модально-специфические расстройства, которые наблюдаются при поражении той или иной анализаторной системы. Они ограничиваются только одной модальностью. Так, при поражении затылочной области коры возникают нарушения зрительного внимания, при поражении височной коры – слухового внимания и т. д. Модально-специфические Н. в. описываются как зрительное, слуховое, тактильное и др. невнимание или симптом игнорирования сигналов определенной модальности. Модально-специфические Н. в. чаще наблюдаются при поражении правого полушария мозга (у правшей).

Поражение лобных долей мозга приводит к преимущественному нарушению произвольных

форм внимания при сохранности непроизвольных. Психофизиологические исследования указывают на решающую роль медиобазальных отделов коры лобных долей мозга в мозговой организации произвольного внимания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Е.Д. Хомская

Нарушения восприятия времени — невозможность ориентироваться в коротких (секундах, минутах, часах) и (или) длинных (дни, месяцы, годы) промежутках времени. Н. в. в. наблюдаются в двух основных формах: 1) Н. в. в., связанные с нарушениями сознания; проявляются в дезориентировке по времени (дня, недели, месяца, года), возникают как при локальных поражениях мозга (лобных долей, глубоких подкорковых структур чаще правого полушария и др.), так и при психических заболеваниях, при различных психопатологических и нейропсихологических синдромах; часто сопровождаются нарушениями восприятия пространства; 2) Н. в. в., имеющие более частный характер и проявляющиеся в невозможности правильно оценить относительно короткие интервалы времени (миллисекунды, секунды, минуты); возникают при поражении височных отделов мозга в синдроме других расстройств в работе слухового анализатора (при агнозии). Н. в. в. возможны также и при различных экстремальных состояниях: при стрессе, длительной сенсорной депривации, алкогольном опьянении и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Е.Д. Хомская

Нарушения восприятия пространства — трудности ориентировки во внешнем (зрительном, звуковом), внутреннем (кожно-кинестетическом) и символическом пространстве. Н. в. п. возникают вследствие различных патологических состояний: при локальных поражениях мозга, психических заболеваниях, старческой деменции, химических отравлениях, искажении сенсорных сигналов и др. Существуют различные формы Н. в. п., а именно: 1) Н. в. п., проявляющееся в виде трудностей ориентировки во внешнем зрительном пространстве, в лево-правых (чаще) и (или) верхне-нижних зрительных координатах. Эта форма известна как оптико-пространственная агнозия; возникает при поражении теменно-затылочных отделов мозга (чаще правого полушария — у правшей); 2) Н. в. п., проявляющееся в виде невозможности ориентироваться во внешнем звуковом пространстве, в трудностях определения направления и удаленности звукового сигнала; возникает при поражении различных уровней слуховой системы; 3) Н. в. п., проявляющееся в трудностях ориентировки во внутреннем кожно-кинестетическом (телесном) пространстве, в виде нарушений схемы тела или соматоагнозии, одним из вариантов которой является пальцевая агнозия (трудности ориентировки в пальцах своей руки); возникает при поражении теменных отделов мозга (чаще правого полушария — у правшей); 4) Н. в. п., протекающее на символическом (интеллектуальном, речевом) уровне в виде нарушений ориентировки в символическом пространстве (картах, схемах, чертежах и т. п.), затруднений в понимании грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения, известных под названием «так называемая семантическая афазия», а также — в виде затруднений в счетных операциях; возникает при поражении теменно-затылочно-височного стыка (зоны ТРО) левого полушария — у правшей; 5) одностороннее Н. в. п., известное под названием односторонней пространственной агнозии, при котором различные пространственные нарушения наблюдаются лишь в одной части внешнего или внутреннего пространства (чаще — в левой); 6) Н. в. п., связанное с нарушениями сознания, проявляющееся в дезориентировке в окружающем внешнем пространстве (месте нахождения); часто наблюдается одновременно с нарушением восприятия времени; встречается при различных психических заболеваниях: галлюцинаторно-паранойяльном и других психопатологических синдромах; 7) Н. в. п., связанные с изменением функционального состояния мозга вследствие химического (например, наркотического) воздействия, сенсорной депривации и других причин.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Е.Д. Хомская

Нарушения движений глаз — отклонения от нормы показателей непроизвольных и произвольных движений глаз, возникающие при поражении перифе-

рических и центральных механизмов регуляции глазодвигательной системы. Н. д. г. исследуются современной экспериментальной нейропсихологией в контексте проблем моторных механизмов зрительного восприятия и специфики афферентных механизмов регуляции движений глаз как одного из вида движений.

Анализ Н. д. г. при различных формах агнозии выявил их важное участие в генезе ряда зрительно-гностических расстройств (пространственной односторонней оптико-пространственной, симультанной агнозий). В этих случаях траектория движений глаз при рассматривании изображений объектов коррелирует с нарушениями зрительного восприятия. Однако при других формах зрительных агнозий (предметной, лицевой, буквенной, цветовой) подобной корреляции нет, что опровергает распространенную точку зрения относительно обязательного участия движений глаз в зрительном гнозисе (Ярбус А.Л. и др.). Анализ роли различных видов афферентации в регуляции движений глаз показал, что зрительная афферентация является ведущей в системе управления непроизвольными следящими движениями глаз (при фиксации неподвижной и движущейся цели), но имеет меньшее значение в системе управления произвольными движениями глаз, где решающую роль играет кожно-кинетическая афферентация. Произвольные движения глаз могут совершаться и при закрытых глазах (например, они могут описывать геометрические фигуры: треугольник, квадрат и др.). Спецификой афферентации движений глаз, в отличие от всех других движений человека, является наличие специального вида следящих движений, регулируемых преимущественно с помощью зрительных сигналов. Произвольные движения глаз имеют большое сходство с произвольными актами в других моторных системах (по временным показателям, феномену антиципации и др.).

Изучение Н. д. г. имеет диагностическое значение в клинике локальных поражений головного мозга. Н. д. г. носят латеральный характер, т. е. отражают патологию левого или правого полушарий человеческого мозга. Различные Н. д. г. входят в различные нейропсихологические синдромы, дополняя общую характеристику «моторного поведения» больного. Для изучения Н. д. г. в клинических условиях в нейропсихологии разработаны специальные методы (фотоэлектрический, электроокулографический, пупиллография и др.). Анализ особенностей Н. д. г. при различных патологических состояниях ЦНС имеет большое научное и прикладное значение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Нарушения динамические психических функций – нарушения энергетических и регуляторных характеристик психической функции, возникающие при локальных поражениях головного мозга и различных психических заболеваниях. Согласно представлениям, развиваемым отечественной нейропсихологией, энергетические временные показатели деятельности (скорость, равномерность и др.) связаны с работой I блока, а регуляторные (программирование деятельности в целом, последовательности ощущений, контроль за успешностью выполнения отдельных действий и всей деятельности) – с работой III блока мозга. Н. д. п. ф. соответственно возникают при поражении I и III блоков мозга. Энергетические Н. д. п. ф. отражают нарушения в работе неспецифических механизмов мозга, и их характер зависит от уровня поражения неспецифической системы. Регуляторные Н. д. п. ф. отражают нарушения в работе конвекситальной и медиальной коры лобных долей мозга и зависят от латерализации очага поражения. При поражении корковых отделов любых долей левого полушария мозга (у правшей) регуляторные нарушения (и прежде всего нарушения произвольной регуляции функций) выражены в большей степени, чем при аналогичном поражении правого полушария.

Н. д. п. ф. наблюдаются при различных психических заболеваниях, в частности при пограничных состояниях ЦНС (неврозах). В этих случаях лекарственная терапия приводит к уменьшению Н. д. п. ф.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Нарушения мышления – нарушения интеллектуальной деятельности, возникающие при различных

психических заболеваниях, локальных поражениях мозга и аномалиях психического развития. Н. м. включают расстройства механизмов регуляции (процессов мотивации, программирования и контроля), операциональных и динамических сторон интеллектуальной деятельности. Н. м. распространяются либо на вербально-логическую, наглядно-образную и наглядно-действенную формы интеллектуальной деятельности (т. е. являются глобальными, т. к. представляют собой расстройство самой структуры интеллектуальной деятельности), либо затрагивают только одну из них. Для некоторых психических заболеваний характерны преимущественные нарушения регуляторных механизмов интеллектуальной деятельности мозга (особенно мотивационных процессов) при большой сохранности ее операционального состава. В других случаях (главным образом при шизофрении) наблюдаются также и операциональные нарушения, выражающиеся в расстройстве вероятностных механизмов актуализации смысловых связей, лежащих в основе вербально-логического мышления, в нарушениях опосредствования интеллектуальных актов и др. Н. м. могут протекать в рамках различных психопатологических синдромов на фоне нарушений памяти, аффективной сферы, сознания.

При локальных поражениях мозга Н. м. зависят от локализации очага поражения. В соответствии с факторным принципом анализа нарушений психических процессов, предложенным А.Р. Лурией, нейропсихология различает несколько форм Н. м. При поражении лобных долей мозга (преимущественно левой лобной доли) в первую очередь страдают регуляторные механизмы интеллектуальной деятельности (программирования и контроля), тогда как различные интеллектуальные операции (речевые и неречевые) остаются при этом сохранными. Поражение третичных корковых полей задних отделов левого и правого полушарий приводит к расстройствам наглядно-образных и наглядно-действенных форм интеллектуальной деятельности, связанных с анализом и синтезом информации, относящейся к пространственным и квазипространственным свойствам среды (счета, конструктивного праксиса, понимания логико-грамматических конструкций, выражающих пространственные отношения и др.) при общей сохранности процессов мотивации, программирования и контроля за интеллектуальной деятельностью. Особые виды Н. м. наблюдаются при поражении речевых зон левого полушария. Они связаны с различными дефектами кодирования речевых сигналов или трудностями организации речевого высказывания. В таких случаях в первую очередь страдает вербально-логическое мышление (его операциональный состав). Преимущественно динамические Н. м. возникают при поражении различных отделов неспецифической системы мозга (нижних отделов ствола, диэнцефальных лимбических структур и др.). Таким образом, специфика Н. м. при локальных поражениях мозга определяется спецификой нейропсихологического синдрома.

Н. м. при различных аномалиях психического развития связаны с общим недоразвитием интеллектуальной деятельности, которое прежде всего определяется недоразвитием речевой системы в целом или отдельных анализаторных систем. Н. м. следует отличать от случаев снижения умственной работоспособности, быстрой истощаемости, связанных с тяжелыми соматическими заболеваниями или с умственным переутомлением.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Нарушения обратной связи в общении — это процессуальные нарушения в регуляции общения. Н. о. с. в о. приводят к разладу контакта и взаимодействия между людьми. Основными нарушениями обратной связи являются ее отсутствие, временное прерывание и неадекватность. Н. о. с. в о. — явление достаточно частое и характерное для многих видов и форм общения. Они наиболее заметны в условиях общения людей, осуществляемого с помощью СМИ или других технических средств. Одной из особенностей общения в СМИ, по сравнению с межличностным общением, как раз и является отсутствие непосредственной обратной связи между коммуникаторами и аудиторией. Н. о. с. в о. имеют свою специфику и проявляются в низкой эффективности понимания и принятия информации, в недостаточной адекватности образа партнера или партнеров и представлений, касающихся содержания сообщений, а также в

низкой удовлетворенности или в неудовлетворенности общением и результатами взаимодействия у их участников.

Одним из первых нарушения обратной связи при непосредственном общении испытуемых между собой исследовал Г. Мейл (1961). Он проводил прерывание обратной связи с помощью слухового стимула во время экспериментов, направленных на изучение отражения человеком облика и поведения собеседника. Прерывание слушания собственной речи сказывались на дальнейшем ее течении и экспрессивном оформлении. У испытуемых появлялись новые интонации речи, необычные особенности голоса (дрожание, прерывистость и т. д.), смех, выражение состояния личности через словесные и голосовые средства отклонялось от манеры, которая была привычной для нее.

Временные Н. о. с. в о. вызываются следующими условиями: неадекватным использованием каналов передачи информации, неудачным построением последовательности и передачи текста сообщения, несоответствием целей и содержания общения, коммуникативными барьерами и психологическими проблемами участвующих в общении людей. Н. о. с. в о. приводят к сложностям реализации основных функций обратной связи, таких как регуляция поведения людей, их взаимоотношений и представлений о себе как общающихся личностях.

В межличностной обратной связи нарушения имеют свои особенности в каждом из ее видов. Л.А. Петровская и О.В. Соловьева выделяют обратную связь с использованием аппаратуры и безаппаратурную, вербальную и невербальную, оценочную и безоценочную, общую и специфическую, эмоционально окрашенную и осуществляемую без эмоций со стороны коммуникатора, отсроченную и неотсроченную. В ряде случаев возможен так называемый сбой обратной связи из-за непродуманного использования разных ее видов. Нарушения обратной связи в межличностном общении и в межгрупповой коммуникации могут быть осознанными и целенаправленными. Например, при прагматическом отношении к людям и манипулировании в общении манипулятор использует специальные приемы и способы для искажения обратной связи, чтобы скрыть от собеседника свои настоящие цели и замыслы.

Н. о. с. в о. вызываются и позицией коммуникатора; при закрытой и отстраненной позиции нарушения неизбежны; они возникают и в случаях позиции превосходства у коммуникатора или его партнера. Адекватную обратную связь обеспечивает только открытая позиция коммуникаторов и позиция равенства партнеров.

Н. о. с. в о. наблюдаются при определенных психологических состояниях общающихся индивидов. Например, нарушения межличностной коммуникации часто возникают из-за того, что оба или один из субъектов общения бывает погруженным в свои, слишком важные для него, проблемы и поэтому оказывается не в состоянии воспринимать то, что говорит и передает ему другой, как обратную связь. Нарушения информационных потоков и разлад межличностной обратной связи вероятны в случаях поступления информации, противоречащей представлению личности о себе, а также в случае несоответствия интерпретации вербальной и невербальной подачи сообщения.

Субъект общения может не владеть навыками подачи обратной связи и проявлять эгоцентризм или аутичность. Если информация от другого не поступает или поступает, но не принимается во внимание, моноцентрическая обращенность к нему может сохраняться и длиться до тех пор, пока отсутствие внимания другого не будет замечено. В случае эгоцентризма наблюдается речь, ни к кому не обращенная, или речь, предназначенная говорящим для себя, а не для собеседника.

Н. о. с. в о. в психологии общения исследуется и в связи с некоторыми патологиями личности как участника коммуникационного процесса и возникающими у него трудными психическими состояниями. Так, при нарушении операциональных возможностей коммуникации информация, идущая от субъекта общения, в должной мере не усваивается и не перерабатывается его партнером, что может привести к прерыванию общения. Среди психологических причин такого нарушения — не только психопатология, но и трудные психические состояния или особые состояния личности, приводящие к ее информационной закрытости. Эти нарушения бывают обратимыми и необратимыми. Больные шизофренией, как правило, обратную связь в общении не принимают. Причиной в этом случае могут стать защитные

механизмы. Нарушение ведет к эгоцентрическим тенденциям сохранять выдуманные галлюцинаторные или фантазийные представления. Нарушает общение и возникающий при сличении информации у человека когнитивный диссонанс и соответствующие ему переживания (в норме информационная защита возникает у людей под влиянием очень неблагоприятных для индивида условий общения).

В теории развития группы В. Бенниса и Г. Шепарда на роль обратной связи для восстановления валидной коммуникации было обращено особое внимание. Достижение такой коммуникации в тренинговых группах осуществлялось благодаря тому, что каждый член группы имел возможность и способность точно и свободно сообщать о своих чувствах, мотивах и интенциях другим участникам, и восприятие каждым членом группы своего места, статуса в ней приводилось в согласие с восприятием его места другими членами группы. По мнению авторов, адекватная обратная связь возможна в условиях создания климата психологической безопасности и так называемого сбрасывания фасада, т. е. состояния, при котором члены группы становятся искренними, открытыми и не боятся последствий. Коррекция и совершенствование общения, личностный рост участников тренингов предполагают применение при их проведении принципов и методических приемов, направленных в первую очередь на восстановление или активизацию обратной связи и на повышение ее эффективности.

▸ *Пашукова Т.И.* Эгоцентризм: феноменология, закономерности формирования и коррекции. Кировоград, 2001; *Петровская Л.А.* Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М., 1982; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Соловьева О.В.* Обратная связь в межличностном общении. М, 1992.; *Bennis W.G., Shepard G.A.* A Theory of Group Development // Human Relations. 1956. V. 9; *Mahl G.F.* Sensory factors in the control of expressive behavior // Acta psychologica. V. XIX. Amsterdam, 1961

Т.И. Пашукова

Нарушения речи — различные отклонения от нормы в процессе формирования речевой функции либо распад уже сложившейся речи. Н. р. возникают под влиянием многообразных причин органического и (или) функционального характера, имеющих врожденную или приобретенную природу и связанных с поражением или функциональной недостаточностью речевых зон коры мозга, либо анатомо-физиологическими дефектами периферического отдела речевого аппарата, либо патологией проводящих нервных путей от центра к периферии.

Н. р. могут возникать в любом возрасте, затрагивать как устную, так и письменную речь и препятствовать как порождению, так и пониманию речевого высказывания. Проявляются в расстройствах голоса, артикуляции, звукопроизношения, темпа и плавности речи, в лексических и грамматических нарушениях, в трудностях построения связного высказывания, недостаточности фонематического восприятия, специфических дефектах письма и чтения. Нередко сопровождаются вторичными отклонениями в когнитивной и эмоциональной сферах. К наиболее тяжелым Н. р. относятся дизартрия, алалия, афазия. Н. р. могут выступать самостоятельно или в синдроме других нервно-психических расстройств, а у детей — на фоне таких вариантов дизонтогенеза, как недоразвитие, задержанное, дефицитарное и искаженное развитие. Большой вклад в изучение Н. р. внесли А.Р. Лурия, В.М. Шкловский, Р.Е. Левина и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Т.А. Ахутина

Нарушения фантомные — ложные ощущения (боль, зуд, анемия, судороги и др.) со стороны несуществующей части тела (например, после ампутации конечности). Н. ф. могут принимать навязчивый, тягостный характер. Отсутствующая конечность или ее часть могут ощущаться вполне реально. В некоторых случаях возможно воспроизведение характера боли, наблюдавшейся у больного до ампутации. Причинами Н. ф. могут быть образовавшиеся в месте перерезки нервных волокон разрастания (невромы), залегающие в рубцующейся ткани, очаги воспаления, нарушения кровообращения, а также механическая травматизация измененных нервных волокон. Значительная роль в формировании Н. ф. принадлежит представлению индивида о собственном теле, зафиксированному в процессе развития.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Нарушения эмоций (в нейропсихологии) – особый класс нарушений психики, связанный с трудностями восприятия и выражения эмоции. Н. э. характерны для различных психических заболеваний, пограничных состояний ЦНС, локальных поражений головного мозга. В психиатрии выделяют пароксизмальные и стабильные Н. э. Пароксизмальные Н. э. наблюдаются при острых психозах различного генеза (патологические аффекты, аффективные взрывы), при височной эпилепсии, при реактивных состояниях. Стабильные Н. э. возникают при различных психических заболеваниях и пограничных состояниях ЦНС и проявляются в виде нарушений эмоциональной реактивности, эмоциональных состояний и эмоционально-личностной сферы (по Мясищеву В.Н.). Описаны различные формы Н. э.: эмоциональная тупость, эмоциональная неадекватность, различные фобии, состояния агрессии, маниакальные (возбужденные, эйфорические) и депрессивные (заторможенные, подавленные) состояния, аффективные комплексы, растормаживание элементарных эмоций и др. Н. э. составляют неотъемлемый компонент почти каждого психического заболевания. В случае, когда в общей клинической картине болезни преобладают Н. э., выделяют различные эмоциональные (аффективные) синдромы: маниакальные, депрессивные, невротические и др. Н. э. при психических заболеваниях, как правило, связаны с нарушениями личности; они могут сочетаться также с нарушениями памяти, мышления, сознания. В клинике поражений головного мозга описаны различные пароксизмальные и стабильные Н. э. Пароксизмальные Н. э. возникают чаще при поражении правого полушария мозга, особенно структур правой височной доли. Стабильные Н. э. (неврозоподобные депрессии, гипоманиакальные, маниакальноподобные, Н. э. в виде эмоционального обеднения, аспонтанности, «эмоционального паралича» и др.) возникают при различных локальных поражениях мозга, преимущественно при поражении гипофизарно-гипоталамических височных и лобных областей мозга (по Доброхотовой Т.А.). В нейропсихологии описан ряд нейропсихологических синдромов, важнейшим компонентом которых являются Н. э. К ним относятся синдромы поражения лобных долей мозга, подкорковых структур, расположенных по средней линии, глубоких височных образований. Н. э. зависят от стороны поражения мозга. Правосторонние очаги чаще сопровождаются состоянием эйфории, левофункциональные – состояниями депрессии, «эмоциональной тупости». При любых очагах в наибольшей мере страдает личностный уровень эмоционально-личностной сферы, при поражении подкорковых неспецифических структур – уровень эмоциональной реактивности и эмоциональных состояний (по Хомской Е.Д., Батовой Н.Я. и др.). При умственной отсталости различают степени Н. э.: олигофрения, идиотия, имбецильность, дебильность. Н. э. зависят от степени выраженности интеллектуального дефицита и преимущественно недоразвития внешних форм выражения эмоций. Диагностика Н. э., качественная и количественная оценка состояния эмоционально-личностной сферы является важнейшей задачей современной клинической психологии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Нарушения эмоций (emotional (affective, mood) disorder) – психические состояния, при которых основное нарушение заключается в изменении нормального аффекта (модальности и (или) интенсивности), настроения, опознания или выражения эмоций, сужении возможностей эмоционального сопереживания. Часто являются симптомом психического расстройства.

Наиболее отчетливо Э. н. отмечаются при различных вариантах депрессии, характеризующейся снижением настроения, торможением интеллектуальной, моторной и вербальной деятельности, апатией, снижением витальных побуждений, снижением самооценки и пессимистическим взглядом на будущее, иногда дисфорией. В случае эндогенной депрессии это состояние невыводимо из наличной жизненной ситуации и не является следствием каких-либо реальных травматических событий. Эндогенная депрессия чаще носит циркулярный характер, депрессивные эпизоды сменяются маниакальными. Термины «мания» и «депрессия» используются для обозначения противоположных вариантов аффективного спектра. Реактивная депрессия является следствием реальных травматических событий, но в отличие от реакции «нормального горя» характеризуется длительностью (более 6 мес.) и интен-

сивностью. Эндогенная депрессия характеризуется голотимным аффектом (Bleuler E., 1906), беспредметным, неопределенным, целостным чувством, а реактивная – кататимным аффектом (Maier H.W., 1912), предметным, четко определенным чувством, направленным на объект сверхценной привязанности. По М.И. Аствацатурову (1936), данное деление соответствует двум основным формам эмоций: таламической и корковой, близким протопатической и эпикритической чувствительности (Head H.).

При шизофрении отмечаются эмоциональное оскудение, парадоксальность, хрупкость эмоционального реагирования. Алекситимия (Sifneos P., 1975) характеризуется трудностями рефлексии и вербализации своих эмоциональных состояний, дифференциации эмоций и телесных ощущений. Близкое расстройство описывается в рамках «операционального, механистического мышления». Нарушение распознавания эмоций при сохранности формального мышления и минимальности задержки когнитивного развития отмечается при синдроме Аспергера.

Психокоррекция эмоциональных нарушений обычно проводится в рамках терапии основного расстройства с привлечением различных методов (когнитивная терапия, психоанализ, поведенческая терапия и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.П. Зинченко

Нарциссизм – 1) личностный феномен, развивающийся с младенчества на протяжении всей жизни и связанный у взрослого человека с поддержанием самоуважения и самооценки; описание восприятия самого себя и значимости, которой субъект наделяет сам себя («нормальный нарциссизм»); 2) самая ранняя стадия психосексуального развития, когда либидо ребенка полностью обращено на него самого (стадия первичного нарциссизма) и лишь намного позднее переносится на другие объекты (с появлением объект-либидо); 3) гомосексуальный вариант развития (нарциссический выбор объекта); 4) нарциссический характер и нарциссические расстройства личности (патологический нарциссизм).

Нарциссические состояния, стратегии и черты личности являются факторами психической регуляции и могут находиться в пределах нормы. К области патологического нарциссизма относится стабильная личностная структура, основанная на поддержании самоуважения путем постоянного получения внешнего одобрения («нарциссическая личность»). Необходимо учитывать, что нарциссические пациенты могут функционировать на разных уровнях; более нарушенные оказываются ближе к пограничной структуре личности, в то время как на более высоком уровне функционирования нарциссический пациент будет ближе к невротическому пациенту.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Невроз (в психоанализе) – объединяет группу психических расстройств, причиной которых являются сугубо психические факторы при отсутствии каких-либо изменений, заболеваний или повреждений внутренних органов и нервной системы. Симптомы невроза, как правило, в символической форме отражают интрапсихический конфликт, имевший место в предшествующей истории субъекта, преимущественно в раннем детстве. В определенном смысле неврозы могут характеризоваться как компромиссное психическое образование между запретными для данной личности желаниями (Ид) и защитой от их реализации (Эго и СуперЭго). К неврозам в настоящее время относят истерические расстройства личности, невроз навязчивых состояний и фобии. Иногда в эту группу включают также неврастению.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Неврозы клинические (греч. neuron – нерв; klinike – врачевание) – широко употребляемый термин, применяющийся для обозначения психологических нарушений, не связанных с отрывом личности от реальности и сопровождающихся поведением, расценивающимся как защита от тревоги. В настоящее время состояния, относящиеся к понятию Н. к. (фобия, тревога, конверсионное и диссоциативное

расстройства), рассматриваются как отдельные расстройства.

Невроз – мягкое расстройство, сопровождающееся четким пониманием наличия болезни, стремлением получить квалифицированную помощь. Сохранение всех основных психических способностей при неврозе позволяет общаться с пациентами настолько же продуктивно, как и со здоровыми людьми.

Органические изменения головного мозга при Н. к. чаще всего отсутствуют. Н. к. может протекать в стертой форме или быть ярко выраженным, требовать медицинского вмешательства. Н. к. относятся к обратимым расстройствам.

Выделяют основные формы Н. к.: неврастению, истерию, невроз навязчивости, психастению. Неврастения, сопровождаясь физическим истощением, характеризуется расстройством функций вегетативной нервной системы, повышенной раздражительностью, утомляемостью, слезливостью, подавленным настроением.

Истерические формы Н. к. чрезвычайно разнообразны и нередко маскируются под различные заболевания: параличи, припадки, расстройства болевой чувствительности и координации движений, заикание, различные расстройства речи (от беззвучия до полной немоты) и т. д. Глубокие формы истерического Н. к. могут переходить в психотические расстройства, сопровождаясь помрачением сознания.

Невроз навязчивости характеризуется возможным появлением после тяжелой психотравмы различных по содержанию навязчивостей, фобий, повышенной тревоги, угнетенного настроения, вегетативных расстройств.

Психастения – болезненное расстройство психики, характеризующееся крайней нерешительностью, боязливостью, мнительностью, склонностью к навязчивым идеям. Для таких людей характерны общие астенические свойства: повышенная чувствительность и быстрая истощаемость. Им всегда трудно начать какое-нибудь дело, но если решились, то осуществить его надо сразу, поскольку крайне нетерпеливы.

Псевдоневроз (синдром неврозоподобный) – невротические состояния, возникающие при различных соматических, органических инфекционно-токсических и подобных им заболеваниях.

Современное учение о Н. к. признает многофакторный характер этого заболевания, но подчеркивает ведущую роль психологических аспектов в его возникновении и лечении. Трехфазная теория возникновения невроза – концептуальная модель, описывающая развитие невроза как системы выученных поведенческих реакций, предложенная Г. Айзенком и С. Рахманном (Eysenck H.J., Rachmann S., 1965). Развитие невроза, прежде всего фобического, представляется в этой теории как проходящее ряд стадий. На первой стадии совершается событие, закономерно вызывающее сильную эмоциональную реакцию, например страх. Во временной близости с этим событием происходит изначально нейтральное событие, которое ассоциативно связывается с травмирующим событием первой ситуации и с эмоциональным откликом на нее, – вторая стадия. На третьей стадии, если подкрепление не наступает, т. е. если первая ситуация не повторяется, происходит угасание эмоциональной реакции, но если ситуация повторяется, то возникает невроз, в котором эмоциональная реакция запускается уже нейтральными, но ассоциированными с травмирующими событиями. Возможной причиной Н. к. может стать так называемый невротический конфликт – нарушение значимых жизненных отношений человека, восходящее к детскому возрасту и активизирующееся в психотравмирующих ситуациях; на первый план выступают расстройства эмоциональной сферы; затруднения поиска выхода из переживаемого конфликта могут приводить к психической и физиологической дезадаптации личности, формированию невротических симптомов.

Методы лечения Н. к. основаны на сочетании фармакологической терапии с различными видами психотерапии: патогенетической, поведенческой, групповой и др.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков, Л.А. Карпенко

Невротические механизмы, препятствующие личностному росту, – интроекция (introjection), конфлюэнция (confluence), ретрофлексия (retroflexion), проекция (projection), которые рассматриваются в рамках движения за развитие человеческого потенциала Фрицем Перлзом как препятствующие

процессу роста, т. е., в терминологии гештальта, процессу расширения самосознания.

Интроекция (включение, «проглатывание целиком») – механизм, посредством которого люди недостаточно полно, чтобы сделать их собственными, усваивают чужие нормы, установки, способы действия и мышления. Интроекция проявляет себя в использовании местоимения «я», когда реально подразумевается «они». Интроецирующий делает то, что другие хотели бы заставить сделать его; ему трудно провести грань между тем, что он в действительности чувствует, и тем, что чувствуют другие. Концепции и установки, которые он «заглатывает», несовместимы друг с другом, что порождает у него внутренние конфликты.

Конфлюэнция (слияние) – отсутствие ощущения границы между собой и своим окружением. Этот механизм делает невозможным здоровый ритм контакта с партнером по общению и его прерывания, который предполагает способность адекватно воспринимать другого человека как другого. Человек с патологической конфлюэнцией не знает, кто совершает какие действия и по отношению к кому. Конфлюэнция проявляет себя в использовании местоимения «мы», хотя реальный смысл остается под вопросом.

Ретрофлексия – «поворачиваться резко назад навстречу чему-то». Ретрофлексирующие люди поворачиваются лицом к себе, вместо того, чтобы направлять свою энергию на изменение своего окружения и манипулирование им. Они расщепляют себя и становятся одновременно и субъектом, и объектом своих поступков. Ретрофлексирующий является «мишенью» всех своих действий, делает с собой то, что хотел бы делать с другими. Ретрофлексия проявляет себя в использовании рефлексирующего (sic) «меня».

Проекция – приписывание другому лицу, животному или предмету качеств, чувств или намерений, которые коренятся в самом человеке. Стремление сделать других ответственными за то, что исходит из «я». Тем самым человек, имея дело с реальными чувствами, может не признавать или не осознавать, что пугающая его идея или действие принадлежит ему самому. Проекция обычно воспринимается как некая внешняя сила, от которой исходит угроза; проявляется в использовании местоимений «оно» и «они», хотя реально подразумевается «я». Проецирующий может совершать по отношению к другим то, что, ему кажется, они делают с ним, возлагая на других ответственность за то, что исходит от него самого. Проекция подразумевает и отказ от собственных импульсов, желаний и поступков, т. к. человек помещает то, что принадлежит «я», за пределы последнего.

▸ *Фрейджер Р., Фейдимен Дж.* Психоаналитические теории личности. Зигмунд Фрейд и постфрейдисты. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007; *Perls F.S.* The Gestalt approach and eye witness to therapy. Benlomond, CA: Science and Behavior books; N. Y.: Bantam, 1976

Н.Д. Творогова

Нервная анорексия (лат. nervosus – нервозный, нервный; греч. anorexis – отсутствие аппетита, желания есть) – обусловленное нарушением восприятия своего тела прогрессирующее самоограничение в еде (при сохранности аппетита) с целью похудеть в связи с убежденностью в чрезмерной полноте и опасения располнеть. В настоящее время Н. а. рассматривается наряду с нервной булимией в рамках нарушения пищевого поведения психосоматической природы. Это состояние встречается преимущественно у лиц женского пола. Характерной для этого синдрома является триада: отказ от еды, значительное похудение (порядка 25 % преморбидной массы тела), аменорея.

При нерезко выраженных проявлениях Н. а. речь идет о психологически понятном, хотя и обостренном в периоде полового созревания, интересе к своей внешности, болезненной чувствительности к ее оценке со стороны, опасениях по поводу своей непривлекательности. Чрезмерная полнота в сознании подростка ассоциируется с пассивностью, неповоротливостью, служит предметом насмешек сверстников. Отсюда стремление избавиться от «излишнего веса» и боязнь располнеть (в этом случае человек обращается к эндокринологу).

Определяющим в формировании синдрома чаще всего является несоответствие больного, по его мнению, собственному «идеалу» – литературному герою или человеку ближайшего окружения – со стремлением подражать ему во всем и прежде всего иметь похожие на него внешность и фигуру. Однако пусковым механизмом стремления к «коррекции» физического недостатка являются неосторожные

замечания педагогов, родителей, сверстников, воспринимаемые сенситивным подростком как особо значимые. Изменение модуса пищевого поведения в случаях нерезко выраженной Н. а., связанное со средовыми влияниями, носит факультативный характер (ограничивается прием тех или иных видов пищи, но не вся еда как таковая: из рациона исключаются отдельные виды пищи — либо особенно калорийные, либо по своеобразному и прихотливому выбору).

В некоторых случаях Н. а. как следствие боязни еды возникает у лиц, перенесших какое-либо заболевание с неукротимой рвотой. В ряде случаев Н. а. сопровождается депрессивными расстройствами настроения, может стать также проявлением маскированной депрессии; стойкого снижения веса у этих больных не отмечается. Однако в группе наблюдений, в последующем рассматриваемых в рамках шизофрении, Н. а. продолжает прогрессировать. У таких больных постепенно (недели, месяцы) развивается картина алиментарной дистрофии. Голодание неминуемо вызывает витаминную недостаточность, которая усугубляет нарушения обмена веществ в организме. Глубокие изменения при значительной потере массы тела происходят в эндокринной системе, что обусловлено нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы головного мозга, регулирующей уровень в крови половых гормонов. Случаи спонтанного выздоровления здесь являются казуистикой. В 4–30 % наблюдений Н. а. приводит к летальному исходу (Айснер Дж.М. и соавт. [Isner J.M. et al.]., 1985). При длительном течении болезни в высшей степени высок риск самоубийств (Толштруп К. и соавт. [Tolstrup K. et al.], 1984).

По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1994) для достоверного диагноза Н. а. требуются все следующие признаки: 1) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15 % ниже ожидаемого или индекс массы тела Кветелета (Quetelets-index) составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется отношением массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста; 2) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит, и (или) диуретиков; 3) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой ужас перед ожирением сохраняется в качестве глубоко укоренившейся сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес; 4) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус — гипофиз — половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин — потерей полового влечения и потенции; 5) при начале заболевания в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы). При выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Существенную помощь в лечении Н. а. могут оказать как психоаналитические, так и поведенческие варианты психотерапии (Cincirpini P.M. et al., 1983; Schmidt G.M. et al., 1984). Применительно к вопросам профилактики соответствующих расстройств необходимо обращать особое внимание на конфликтные эмоциональные, социальные и сексуальные проблемы девушек в период полового созревания; необходимы раннее распознавание и своевременное лечение, чему могли бы способствовать врачи широкого профиля. Необходимо проведение разъяснительной работы по поводу распространения «фанатической моды быть стройной, которая в настоящее время тиранизирует девушек и женщин» (Толштруп К. и соавт., 1984).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Нервная булимия — расстройство питания, характеризующееся постоянно повторяющимися пищевыми разгулами, которые сопровождаются попытками ограничить получаемые калории путем спровоцированной рвоты или приема слабительных.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Неспособность к обучению — класс специфических особенностей развития, когда (при условиях нормального школьного обучения) ребенок не может усвоить определенные навыки и умения (чтения, правописания, математики, общения). Понятие Н. к о. не должно отождествляться: 1) с понятием неуспеваемости; 2) более общим понятием синдрома расстройства обучения.

Многие дети не успевают в школе по причинам, которые никак не связаны с Н. к о. или синдромом расстройства обучения. Например, ребенок, для которого русский язык не является родным, может плохо успевать в русской школе, хотя эта неуспеваемость не связана с его общей способностью к обучению. Школьная неуспеваемость тем не менее часто является первым признаком присутствия синдрома расстройства обучения в какой-то из его форм (умственной отсталости, аутизма, мозговой травмы или специфической Н. к о.).

Понятие синдрома расстройства обучения включает в себя: 1) неспецифическую Н. к о., которая может развиваться в результате психического заболевания (например, аутизма), травм головного мозга или отсутствия необходимых социальных навыков; 2) специфическую Н. к о. ребенка. В рамках широкого спектра синдрома расстройства обучения понятие специфической Н. к о. описывает круг детей, которые демонстрируют академическую отсталость (вопреки сохранному уровню интеллекта) в определенной сфере. Эта специфическая академическая неуспеваемость не может быть объяснена повреждениями слухового, зрительного или моторного аппарата, умственной отсталостью, эмоциональным расстройством, культурной или социальной депривацией. Впервые понятие специфической Н. к о. было разработано юристами для обозначения прав детей, страдающих этим расстройством, на получение разного рода льгот при поступлении в высшие учебные заведения и специальной педагогической помощи. Юридическое определение специфической Н. к о. основывается на существовании разрыва между уровнем интеллекта ребенка и его школьной успеваемостью. Это определение вызывает серьезную критику со стороны психологов и педагогов, однако, несмотря на многочисленные попытки, приемлемая альтернатива еще не разработана.

В связи с отсутствием четкого определения специфической Н. к о. существуют противоречивые оценки частоты ее встречаемости: от 5 до 20–30 %. Оценки частоты встречаемости специфической Н. к о. в специальных выборках (например, среди детей, страдающих расстройством внимания и гиперактивностью или эмоциональными расстройствами) значительно выше, чем подобные оценки, полученные в нормальных популяциях. Ранняя диагностика специфической Н. к о. и применение специализированной педагогической помощи являются значимыми для хорошего прогноза. Специфическая Н. к о. часто сопровождается признаками школьной дезадаптации и развитием вторичных эмоциональных и поведенческих проблем. Согласно американской статистике, специфическая Н. к о. является основным поводом для отказа от продолжения обучения в школе и частота встречаемости Н. к о. весьма высока среди несовершеннолетних правонарушителей. Были предприняты многочисленные попытки разработать классификации разных видов специфической Н. к о., однако ни одна из них не является общепринятой. Основными способами терапии специфической Н. к о. являются специализированные формы обучения, семейное консультирование и поведенческие модификации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Л. Григоренко

Нимфомания (греч. nymphe — невеста и mania — страсть, безумие) — патологически повышенное сексуальное влечение у женщин, сопровождающееся постоянным ощущением неудовлетворенности и поиском новых сексуальных партнеров для достижения сексуальной разрядки.

В основе причин формирования Н. чаще лежат эндогенные психические заболевания, вследствие чего половое влечение имеет сверхценный или навязчивый характер, а возбуждение не сопровождается специфическими физиологическими реакциями (отсутствие оргазма либо серьезные затруднения с его наступлением). Аналогичное нарушение у мужчин носит название «сатириаз».

Н. следует отличать от синдрома гипоталамической гиперсексуальности, при котором вследствие нарушения эндокринной системы у женщины возникают эпизодические приступы резкого повышения сексуального влечения и возбуждения, нарастающего до оргазма при любой форме стимуляции

и сопровождающегося выраженным повышением чувствительности половых органов. При этом наблюдается мультиоргастичность, сексуальная разрядка длится крайне недолго (или не наступает вовсе), а возбуждение с каждым новым оргазмом только нарастает, часто доводя женщину с таким синдромом до избегания половых контактов и провоцирующих их ситуаций, несмотря на сильное сексуальное желание.

▸ *Кащенко Е.А.* Основы социокультурной сексологии. Изд. 2-е, испр. и доп. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2011; *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002

А.В. Чалова

Норма в медицине — а) состояние оптимальной жизнедеятельности организма в конкретных условиях его существования; б) количественное выражение качественного состояния живого организма в каждый отдельный момент времени (средние значения показателей, встречающихся в популяции).

▸ *Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К.* Общая патология человека: учебник. М.: Медицина, 1995

О.Ю. Введенская

Норма медицинская (лат. norma — узаконенное установление; признанный обязательный порядок, строй чего-нибудь) — 1) синоним здоровья (в прошлом); 2) количественное выражение качественного состояния живого организма в каждый отдельный момент времени (средние значения показателей, встречающихся в популяции); 3) мера здоровья (количественно определенные границы или пределы напряженного функционирования организма, в которых с необходимостью воспроизводится состояние здоровья).

В живой природе нормальным, т. е. закономерно приспособленным, является все то, что живет, что продолжает жить (Карпинская Р.С., 1971). Н. считалась противоречивым единством качественной и количественной определенности соматического здоровья. Предельные границы, которые характеризуют состояние здоровья, задают диапазон непрерывных количественных изменений физиологических процессов. Взаимообратимость этих изменений и скорость возврата к исходному состоянию (например, при физических и функциональных нагрузках) выявляют резервные возможности организма и условия закономерного сохранения и развития здоровья. Клиницист Г.А. Захарьин (1829/30–1897) говорил «об истинной мере здоровья» как «о способности противостоять» вредным влияниям среды, а также неправильностям телесной и душевной деятельности.

Операционально-диагностическое выявление нормативных показателей осуществляется на фоне физической нагрузки, которая, по сути, моделирует состояние напряжения как норму жизни. Физиологи отмечают, что диапазон колебания функций в состоянии покоя гораздо уже диапазона переносимых колебаний, ибо предназначение органа — выполнять работу, а не только поддерживать свое существование.

В медицине сложились и ныне сосуществуют представления о среднестатистической (среднеарифметической), динамической и должной Н. м. Ни одно из этих представлений в отдельности не следует считать единственно правильным и наиболее предпочтительным, т. к. в своей взаимосвязи они составляют своеобразные «ступеньки» диагностики тенденции к здоровью. Среднестатистическая Н. м. представляет собой обобщение количественно вариативных проявлений какой-либо функции у исследуемого множества индивидов с исчислением сводного признака, средняя величина которого свойственна всему множеству в целом, но не каждому индивиду в отдельности (использовалась для предварительного различения состояний здоровья и нездоровья). В этой связи статистическая концепция патологии — взгляд, согласно которому патологию (психическое расстройство) можно определить как степень отклонения индивида от нормального большинства. Динамическая Н. м. фиксирует диапазон пластичности функции, нижнюю и верхнюю границы ее количественных изменений, в пределах которых сохраняется состояние здоровья. По своему физиологическому содержанию представление о динамической Н. м. довольно адекватно фиксирует ритмику и динамику функциональных колебаний. По данным физиологии, для осуществления множества биохимических процессов более благоприятно не «среднее» состояние, а чередование крайних состояний, подходящих для тех или иных функций. На основании статистической и динами-

ческой Н. м. принципиально возможен расчет параметров должной Н. м. для каждого конкретного индивида. Введенное в период зарождения космической медицины понятие должной Н. м. призвано было обозначать ту величину какого-либо функционального показателя, которая должна быть у данного индивида при наличных условиях жизнедеятельности (Бабский Е.Б., Парии В.В., 1965). Буквальное значение понятия должной Н. м. указывает на ее прогностический смысл и возможность чуть ли не программировать для каждого человека (с исходно присущими ему параметрами индивидуального здоровья) расчетно-предвидимые величины напряженного функционирования организма в заданных условиях предстоящей или потребной индивиду деятельности. Должная Н. м. позволяет рассчитать и соотнести «запас прочности» индивидуального здоровья с профессионально и социально заданными требованиями к здоровью в различных сферах человеческой деятельности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Д. Жирнов

Общения нарушения при органических поражениях коры головного мозга — объект изучения нейропсихологии; предмет изучения — механизмы и факторы этих нарушений; в отечественной научной школе такие исследования проводятся в том числе и с опорой на изучение отношений между общением и речью.

Первоначально речь выступает как результат деятельности (в частности, трудовой) людей и их взаимодействия, и только в них речь приобретает специальную функцию общения, которая реализуется в двух видах: в сообщении и в воздействии на других и себя. Развиваясь в общении, речь приобретает функции регулирования, планирования, контроля собственной деятельности (Цветкова Л.С., 2002). В нейропсихологических исследованиях нарушения и восстановления речи, общения обнаружены многочисленные факты их тесного и очень сложного взаимодействия, как структурного, так и функционального (Лурия А.Р., Цветкова Л.С., 1966, 1973; Цветкова Л.С., 1995, 2002).

Субъектом общения речь используется в качестве средства для достижения какой-либо цели, определенного результата в процессе общения, реализующегося с помощью не только вербальных, но и невербальных средств. Речь, высказывание никогда не осуществляются без мотива, намерений, интенций и активности. Выделяются разные уровни подготовки и реализации речевого общения, большое значение имеют общее состояние организма человека и его психики, их готовность к реализации мотива, намерения к достижению цели. К такому пониманию взаимодействия речи и общения исследователи пришли на основе экспериментального нейропсихологического исследования нарушений высших психических функций (ВПФ), в том числе и речи при афазии. Афазия — нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных видов речевой деятельности. В нейропсихологических исследованиях показано, что, во-первых, не все формы афазии, несмотря на нарушения речи, ведут к первичному нарушению общения, во-вторых, что деятельность общения нарушается и при сохранности речи и, в-третьих, что общение нарушается при нарушении личности больных при, казалось бы, полной сохранности речи. Рассмотрим эти положения при разных формах афазии и, следовательно, при разных по локализации очагах поражения мозга. При таких поражениях имеют место первичное нарушение общения, вторичное; может наблюдаться и сохранность общения, несмотря на нарушение речи.

Так, при динамической афазии (нарушение верхнезадних отделов лобной коры мозга) речь сохранена (учитывается как состояние сенсомоторных уровней организации речи, так и семантики речи). Однако больные не пользуются ею, и общение как деятельность и как коммуникация при этой форме патологии грубо нарушается. В основе этой формы афазии и нарушения общения лежит нарушение личности (нарушены мотив, намерения, отсутствует цель, страдает активность). У данной категории больных сохранность речи и нарушения личности, ее активности обнаруживаются при преодолении дефекта в процессе восстановительного обучения.

Противоположная картина нарушения речи и состояния деятельности общения наблюдается при семантической афазии, возникающей при поражении зоны ТРО (Temporalis-Parietalis-Occipitalis).

В этом случае у больных первично деятельность общения, личность (мотив, намерения, потребность в общении даже компенсаторно усиливаются), общая активность и активность общения, проявляющаяся в усилении другой формы общения (невербальной), сохранены. Невербальное общение использует такие средства, как мимика (движение и выражение глаз, движение бровей и др.), жесты (движение рук) и проксемика (движение тела), интонация, голосовые реакции, пение и др. При нарушениях речи эти невербальные средства выступают в своем единстве как самостоятельная форма общения, реализуя как функцию контакта, коммуникации (передачи и приема информации), так и в целом общения. В основе вторичного нарушения общения при семантической афазии лежит первичное нарушение семантики языка и речи.

Эти две формы афазии указывают на важнейшую роль речи, но как одного из средств общения. Важным для осуществления общения оказалась сохранность личности больного, его общей и речевой активности, интенций речи и деятельности общения. Все это нарушено при динамической афазии (вследствие чего нарушено и общение, такие его составляющие, как контакт, коммуникация) и сохранено при семантической форме афазии, первично нарушена при которой речь, коммуникация же сохранна только как прием и понимание информации, но не как ее передача. Соотношение речи и общения, как уже отмечалось, сложно и многогранно. Л.С. Выготский (1956, 1982) писал, что звук, оторванный от мысли, от значения, перестает быть звуком человеческой речи. Он же писал, что общение основано не только на намеренной передаче информации, прежде всего мыслей и переживаний, но и на их понимании. Все это требует определенных средств. Таким средством в речи является семантика — сохранность (или нарушение) предметной отнесенности слова, его значения и смысла. Речь, являющаяся главным средством общения человека, должна быть сохранена не только со стороны сенсомоторной, но и семантики, которые во взаимодействии и несут мысль. В тех формах афазии, при которых речь, казалось, полностью сохранена (динамическая афазия), при нейропсихологическом исследовании обнаруживается нарушение в семантике, а именно нарушение смысла, которое, как показывает восстановительное обучение, часто выявляется в синдроме нарушения личности таких больных. При семантической афазии нарушается понимание значения логико-грамматической стороны речи, что вторично влияет на содержание общения, делая его в речевом плане или грубо нарушенным или затрудненным. При поражениях лобных долей мозга речь формально сохранена со стороны сенсомоторной ее составляющей, но со стороны семантики она грубо нарушена из-за дефектов понимания смысла, но при этом способность говорить сохранена, а общение нарушается из-за нарушений приема и передачи смысла сообщения, в основе которого лежат дефекты личности и мышления. Именно поэтому следует говорить о речи не только как о средстве общения, но и как о самостоятельной сложной деятельности, тесно связанной с мышлением. Обнаруживается значимое участие в деятельности общения не только сенсомоторной — произносительной (экспрессивной) стороны речи, но и ее семантики, а также мышления и личности, которые совместно участвуют в формировании и передаче не только информации, но и мысли, стоящей за ней. Невербальные средства коммуникации, хорошее владение мимикой, жестами и проксемикой при сохранной речи играют роль усиления и уточнения содержания и смысла речи, а также передают отношение говорящего и слушающего к высказыванию.

▸ *Лурия А.Р., Цветкова Л.С.* Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966; *Цветкова Л.С.* Афазиология — современные проблемы и пути их решения. М., 2002; *Она же.* Восстановление высших психических функций. М., 2004

Л.С. Цветкова

Олигофазия (греч. oligos — малый и phasia — говорить) — крайнее обеднение запаса слов. Выражается в бедности речи, существенных затруднениях в подборе подходящего слова; выпадающие слова замещаются словами-паразитами, бессмысленными звукосочетаниями («ну-ну», «э-э», «так сказать», «того самого», «понимаете»). Характерно для лиц с органическими заболеваниями, выражающимися в низких интеллектуальных способностях (олигофрения, деменция, эпилепсия).

А.Н. Бернштейн (1912) считал О. основным и наиболее характерным симптомом расстройств

речи у эпилептиков; нарушения характерны для постприпадочного и межприступного периодов у больного эпилепсией (говорит медленно, не сразу отвечает на вопросы, забывает нужные слова, часто останавливается, с трудом подыскивает необходимые выражения). Я.П. Фрумкин (1938) острую постприпадочную О. рассматривал как амнестически-афатический комплекс, а межприступную – как постоянную, прогрессирующую, обусловленную оскудением словарного запаса, связанного с нарастанием эпилептического слабоумия.

Расстройство является стойким и необратимым.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин, Ю.Г. Тюльпин

Олигофрения (греч. oligos – немногий, незначительный и phren – ум) – группа различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний, объединенных по общему для них признаку – наличию врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Умственное недоразвитие носит тотальный характер, охватывает всю психику в целом. На первом плане – недостаточность высших форм познавательной деятельности (абстрактного мышления), преобладание конкретности суждений. Различают О. недифференцированную (с неясной этиологией, синоним – идиопатия) и дифференцированную – эндогенно-наследственную и обусловленную экзогенными (органическими и средовыми) факторами. Выделяют также группы вялых (торпидных) и возбудимых (эретических) О.

Существует много классификаций О. Одна из них – классификация Г.Е. Сухаревой (1965): 1) О. эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей) – болезнь Дауна, истинная микроцефалия, энзимопатические, дизостозические; 2) О. внутриутробного генеза (эмбрио- и фетопатии) – обусловлены перенесенными матерью во время беременности инфекциями и интоксикациями, наличием у нее гормональных нарушений, прочими причинами; 3) О., возникающие в связи с различными вредными факторами, действовавшими во время родов и в раннем детстве (родовая травма, асфиксия, черепно-мозговая травма в постнатальном периоде и в раннем детстве, менингиты, энцефалиты). Формы О.: дебильность, имбецильность, идиотия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Оно (Ид) – один из компонентов структуры личности в теории З. Фрейда. Представляет собой локализованное в бессознательном средоточие инстинктивных побуждений, либо сексуальных, либо агрессивных, стремящихся к немедленному удовлетворению (независимо от отношений субъекта к внешней реальности). Для процессов в О. не существует логических законов, поэтому там, не удаляясь и не отменяя друг друга, сосуществуют противоположные импульсы, которые могут объединяться в компромиссные образования под давлением принципа экономии для разрядки энергии. Для О. не знакомы никакие оценки, добро и зло, никакая мораль; О. иррационально и бессознательно и поэтому находится в антагонизме со Сверх-Я (СуперЭго), включающим моральные стандарты и запреты. Особенностью О. является отсутствие течения процессов во времени; импульсивные желания, находящиеся в О., и через десятилетия ведут себя так же, словно возникли заново; признать в этих влечениях прошлое, обесценить их и лишить заряда энергии можно, сделав их осознанными в процессе психоаналитической работы. На этом в существенной степени основано психоаналитическое лечение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Оргазм (греч. orgao – пылать страстью) – сложная последовательность процессов, возникающих в кульминационный момент сексуальной активности, включающая непроизвольные и произвольные движения, нейрофизиологические реакции, чувство сильнейшего сексуального удовлетворения.

Сексуальное переживание включает две фазы (длительность которых не имеет четкой границы): 1) возбуждение, которое человек получает путем сенсорного стимулирования (сексуальное возбуждение возникает как состояние напряжения); 2) высвобождение возбуждения через движение. Разрядка энергии или напряжения путем удовлет-

воряющего сексуального переживания порождает чувство удовольствия, называемое оргазмом (Лоуэн А., 1997). З. Фрейд проповедовал идею, что удовольствие возникает при высвобождении напряжения. По утверждению А. Лоуэна, для некоторых людей стимуляция важнее, чем высвобождение, тогда как для других окончание полового акта настолько императивно, что они не получают удовольствия от эротического стимулирования.

Есть различие, когда речь идет о мужчине, между неспособностью к эрекции и оргастической импотенцией. У женщины различается фригидность («холодность», невозможность возбудиться) и оргастическая импотентность (неспособность разрядить возбуждение или пережить вагинальный оргазм).

Удовлетворение — основной критерий сексуального О. Преждевременная эякуляция у мужчины означает наступление высшей точки, но чувство удовлетворения в этом случае отсутствует. Женщина может достигать клиторного О., получать при этом некоторое чувство высвобождения, но не чувство удовлетворения. Клинический опыт показывает, что каждый эмоционально здоровый человек оргастически потентен, т. е. он неизменно получает полное удовлетворение от сексуального переживания. О. не только приносит удовольствие, но еще и радует (дает переживания свободы, покоя, безграничности и спонтанности). Оргастические переживания варьируются, как у разных людей, так и у одного и того же человека в разных обстоятельствах; общий элемент — физическое удовлетворение. Тотальное телесное участие, мощная разрядка, затрагивающая гениталии, отличает гетеросексуальность от гомосексуальности. О. описан В. Райхом как ощущение физического удовлетворения, которое основано на полном включении самости в сексуальные действия, реакции всего существа целиком. О. требует достаточно интегрированной личности и разновидности агрессивной силы; сексуальность требует зрелого ума и тела.

Петтинг (англ. petting — лапанье) — преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Лоуэн А.* Любовь и оргазм. М.: Институт общегуманитарных исследований, 1997

Н.Д. Творогова, В.М. Блейхер, И.В. Крук

Организм (в анатомии, биологии) (позднелат. organizo, organizare — устраиваю, сообщаю стройный вид) — сложная морфологически и химически организованная система, жизнедеятельность которой обеспечивается взаимодействием клеток, тканей и органов с различными факторами — внутренними и внешними. На О. постоянно оказывают влияние питательные вещества, состав воздуха, бактериальная среда, некоторые химические реакции, условия географического нахождения и пр. Характеризуется постоянным обменом веществ, самообновлением, раздражимостью и реактивностью, саморегулированием, движением, ростом и развитием, наследственностью и изменчивостью, приспособляемостью к условиям существования.

Чем сложнее О., тем он в большей мере сохраняет постоянство внутренней среды — гомеостаз (температура тела, биохимический состав крови и пр.) независимо от внешних воздействий приобретает социально-экономические черты.

Особенность О. в значительной мере определяется его наследственностью, средой пребывания и производимой деятельностью. Благодаря вариабельности моментов, диктующих условия существования О., каждый человек всегда отличается от других строением и функциями. Таким образом, существует индивидуальная изменчивость физического типа, но одновременно имеют место и возрастные изменения (от раннего зародышевого развития до старости включительно) и явления полового диморфизма.

Морфология О. включает: 1) мерологию (от греч. meros — часть), изучающую как вариации отдельных органов и тканей, так и их связи; 2) соматологию (от греч. soma — тело), когда изучается тело в целом, вариации его роста, массы, пропорции и т. д. В буквальном переводе с латинского «сома» равнозначно русскому «тело» и фиксированному на нем аппарату конечностей. В древности для греков понимание личности было неотрывно от хорошо организованного живого тела, а в какой-то мере и тождественно ему. Однако исторически сложилось так, что «сома» и «тело» не во всем эквивалентны. Под телом в биологии понимается чаще всего организм, объединяющий как «сому», обладающую определенной протяженностью, величиной, поверхностью и рельефом, так и «висцеру» (т. е. внутренние органы, которые делят по системам: пищеварительная,

дыхательная, мочевая, половая, железы внутренней секреции; кроме того, выделяют пути, проводящие жидкости и раздражение). В частности, элементами «сомы» признаются кости, суставы и связки, мышцы. При употреблении прилагательного «соматический», как правило, подразумеваются телесные свойства, явно отличающиеся от явлений психического характера.

Уже одноклеточные О., прокариоты, обладают совокупностью основных свойств, обеспечивающих им возможность жить, осуществлять различные целостные явления (обменные процессы, движение, приспособляемость и пр.). Все это те признаки, которые отличают О. от неживой природы. Эукариоты — многоклеточные организмы; они также имеют тело, дифференцированное на различные ткани, и представляют собой целостную систему, своеобразное «клеточное государство», чутко взаимодействующее с внешней средой. В О. человека выделяют четыре типа тканей: 1) эпителиальные (от греч. epi — на теле выступ; термин введен в 1708 г. анатомом Ф. Рюйшем), покрывают поверхность тела, выстилают слизистые оболочки, отделяя организм от окружающей среды (покровный эпителий), и образуют железы (железистый эпителий); различают также сенсорный эпителий, видоизмененные клетки которого воспринимают специфические раздражения в органах слуха, равновесия и вкуса. Для эпителия характерно обилие клеточных элементов; 2) соединительные ткани, сформированные из многочисленных клеток, представляют собой обширную группу. Она включает рыхлые и плотные волокнистые ткани, а также ткани со специальными свойствами (ретикулярная, пигментная, жировая), твердые скелетные (костная, хрящевая) и жидкие (кровь и лимфа). Соединительная ткань выполняет опорную, механическую (плотная, волокнистая соединительная ткань, хрящ, кость), трофическую (питательную) и защитную (фагоцитоз и выработка антител) функции; 3) мышечная ткань, с помощью которой осуществляется движение; способна сокращаться. Существуют две ее разновидности: гладкая (неисчерченная) и поперечно-полосатая (скелетная и сердечная); 4) нервная ткань, образует центральную нервную систему (головной и спинной мозг) и периферическую (нервы с их концевыми приборами, нервные узлы). Она состоит из нервных клеток (нейронов) и нейроглии, которая создается глиоцитами.

Систематическая анатомия группирует все ткани О. в системы: 1) учение о костях — osteologia (osteon — кость, logos — слово, учение); 2) учение о связках и суставах — syndesmologia, arthrologia (syn — вместе, desmao — связываю; arthron — сустав); 3) учение о мышцах — myologia (mys — мышца); 4) учение о внутренностях — splanchnologia (splanchna — внутренности); 5) учение о сосудах — angiologia (angion — сосуд); 6) учение о нервной системе — neurologia (neuron — нерв); 7) учение об органах чувств — esthesiologia (греч. aisthesis — чувство).

В. Даль указывал, что слово «организм» происходит от слова «орган» («орудие»). В связи с этим сложилось представление, что орган (печень, сердце, матка и пр.) — это обособленная часть целостного организма, выполняющая определенные специфические функции. Любому органу свойственны своя форма и строение. Каждый орган имеет характерные признаки: 1) топографический — расположение органа в определенных полостях тела: грудной, брюшной, тазовый (некоторые органы вынесены из этих полостей: гортань — на шее, яички — в мошонке); 2) генетический — развитие различных органов из единой системы (к примеру, почки и половые железы); 3) функциональный — неразрывное функциональное сотрудничество систем пищеварения, дыхания и выделения. Нарушение функций в одной из систем неизбежно вызывает реакцию в других системах организма. Каждый орган состоит из одной (кость) или нескольких (желудок, почки, матка и пр.) тканей, т. е. он объединяет различные элементы, выполняет специфические функции. Элементами любого органа являются клетки, межклеточное вещество, ткани, лимфоидные образования, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы. Обычно орган представлен остовом — стромой (состоит из соединительной ткани) и паренхимой — специфической тканью органа (эпителий в железах, мышечная ткань в мышцах), а также сосудистой и нервной системами. Различают также органы гомологичные — происходящие из одинаковых зачатков, и аналогичные — сходные по функциям. Выделяют и рудиментарные (лат. rudimentum — зачаток) органы, не получившие полного развития у человека (зачаток хвоста, молочные железы у мужчин,

мышцы ушной раковины, жаберные щели и пр.). Органы как бы дополняют функционально друг друга: рот – глотка – пищевод – желудок – тонкий и лишь затем толстый кишечник. Другие не имеют прямой анатомической связи (к примеру, эндокринная система). Существуют паренхиматозные (греч. parenthyma – «изливая возле», подразумевается специфическая ткань) органы: печень, почки, и полые: матка, мочеточники, глотка.

Органы располагаются в полостях тела. Каждый из них закладывается в строго определенное время, имеет конкретные этапы роста, время максимального функционирования и увядания. Для точной ориентации органов используют дополнительно следующие критерии: скелетотопию – отношение органа к конкретному участку скелета; синтопию – отношение органов друг к другу; голотопию – проекция органа на внешние покровы и на стенки полостей в пределах установленных топографо-анатомических областей. При оценке формы, размеров, строения и топографии органов во внимание принимаются половые, конституциональные, возрастные и индивидуальные различия.

Тело человека подчинено двусторонней симметрии, что расценивается как универсальный признак позвоночных. Но такая симметрия имеет место при оценке скелета и мышечной системы, а желудок, кишечник, сердце, печень, селезенка и другие органы расположены асимметрично. Рассматривается это как вторичное явление, как следствие перемещений органов в процессе их развития.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Е. Этинген

Ориентация на процесс – способ видеть жизнь и самого себя как продолжающийся процесс изменений, что способствует тому, чтобы оставаться открытым для опыта, непрерывно учиться и расти.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Отношение к здоровью – система избирательных связей личности с различными аспектами действительности (абиотическими, биотическими, социальными), способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью. Структурный компонент О. к з. – самоотношение (включает оценку своего физического и психического состояния), которое непосредственно связано с целостной оценкой субъектом самого себя, своих качеств, жизненных возможностей в настоящем и будущем; является своего рода индикатором и регулятором реального и вербального поведения. О. к з. может быть адекватным и неадекватным, в силу этого выделяют различные типы поведения по отношению к факторам, способствующим или, напротив, угрожающим здоровью. Поведенческие критерии адекватности отношения к своему здоровью: а) соответствие действий и поступков личности требованиям здорового образа жизни, нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены; б) высказываемые мнения и суждения относительно факторов сохранения и укрепления здоровья (уровень осведомленности, компетентности индивида). Интенсивность заботы индивида о своем психическом и физическом благополучии зависит не столько от ухудшения состояния здоровья, сколько от отношения к себе, к своему состоянию.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.З. Коган

Отношение к здоровью позитивное (positive health attitude) – относительно стабильная позиция, установка (индивида, социальной группы, общества в целом) на оздоровление образа жизни, изменение привычек, вредных для здоровья, формирование условий для достижения оптимального уровня здоровья. Отражает познавательность, эмоциональную и психологическую готовность к изменениям, направленным на оздоровление, восстановление здоровья. Это один из важнейших компонентов и целей профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Оценка отношения к здоровью осуществляется с применением статистических, экспертных и социологических методов исследования.

Отношение к здоровью рассматривается как этап формирования мотивации изменения в поведении в сторону оздоровления.

▸ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 12

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Отчуждение — процесс и результат превращения свойств, способностей и деятельности человека в нечто иное, чем они являются сами по себе, трансформация их в независимую силу, господствующую над ним.

В психоанализе и психологии понятие «О.», по-видимому, было впервые использовано З. Фрейдом при объяснении особенностей патологического развития личности в условиях чуждой и враждебной ей культуры. По З. Фрейду, «следствием каждого невроза, а следовательно, и его тенденций является отдаление больного от реальной жизни, отчуждение его от действительности» (Фрейд З. «Очерки по психологии сексуальности»), порой принимающее форму «бегства в болезнь».

Содержание понятия «О.» и сфера применения его в психоанализе были значительно расширены Э. Фроммом. Он показал, что О. выступает в различных формах: О. человека от самого себя, от других людей, от своего труда и от природы. Э. Фромм исследовал также «О. чувств», «страдание от О.» и «отчужденные человеческие отношения», напоминающие отношения вещей. Э. Фромм ввел понятие «отчужденная активность», означающее определенную нейтрализацию активности человека, когда «действие совершается надо мной внешними или внутренними силами» (Фромм Э. «Иметь или быть?»), в силу чего происходит отделение человека от результатов его деятельности (примером отчужденной активности может быть постгипнотическое поведение человека).

Развивая идеи З. Фрейда об О. и «бегстве в болезнь», Э. Фромм сформулировал понятие и концепцию «бегства от свободы», подтвердил связь между неврозом и О. и констатировал, что «в самом широком смысле любой невроз можно считать следствием отчуждения» (Фромм Э. «Душа человека»). Одним из наиболее распространенных психопатологических выражений О. является перенос. Э. Фромм выработал целостное многомерное представление об О. как болезни личности и своеобразной сердцевине «психопатологии современного человека», оказавшее большое влияние не только на психоаналитические воззрения, но и на философские научные представления об О.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Ошибочные действия (в психоанализе) — неосознаваемое субъектом забывание фактов, логически неоправданные действия (описки, оговорки и др.). К О. д. также причисляют феномены забывания имен, намерений, названий, переживаний, потери вещей и пр.

Понятие введено в научный обиход З. Фрейдом. Он считал, что О. д. не являются случайными: а) свидетельствуют о наличии вытесненного в область бессознательного желания, которое не соответствует требованиям «цензуры»; б) относятся к поведению, которое связывается с определенными травмирующими обстоятельствами в прошлом. Как правило, человек не осознает свои О. д. или находит им социально приемлемое оправдание, допускаемое «цензурой».

На появление О. д. признается и влияние таких факторов, как утомление, волнение, недомогание, рассеянность и т. п., хотя эти факторы не рассматриваются как главные, поскольку О. д. встречаются и у здоровых, хорошо отдохнувших людей.

О. д. представляют собой материал анализа для психоаналитика, наряду с фантазиями, сновидениями, феноменами переноса и сопротивления.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.С. Калашников

Память модально-неспецифическая (в нейропсихологии) — запечатление, сохранение и воспроизведение информации, не зависящее от ее модальности (зрительной, слуховой, тактильной и др.). Представляет собой самостоятельную форму памяти, которая обеспечивается особыми морфофизиологическими механизмами (работой неспецифических срединных структур головного мозга разных уровней). Впервые описана в нейропсихологии А.Р. Лурией как особая форма памяти, имеющая особую мозговую организацию.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Память модально-специфическая — запечатление, сохранение и воспроизведение информации определенной модальности. В соответствии с классификацией анализаторных систем различают зрительную, слуховую, тактильную (кожно-кине-

стетическую), моторную, обонятельную, вкусовую П. м.с. Кратковременная П. м.с, отражающая различные физические характеристики стимулов, обозначается как память сенсорная. Зрительная П. м.с. в виде быстро угасающей во времени копии зрительной информации, предъявленной наблюдателю, обозначается как память иконическая. Слуховая П. м.с. в виде копии акустической информации соответственно обозначается как память эхостическая. Морфофизиологические механизмы, обеспечивающие различные формы П. м.с., связаны с работой специфических анализаторных систем разных уровней. П. м.с. изучается различными психологическими дисциплинами: нейропсихологией, детской психологией, психологией способностей и др. В рамках когнитивной психологии П. м.с. изучается с позиции блоковой модели переработки информации, согласно которой кратковременная П. м.с. поступает в блок долговременной П. м.с. (Линдсей П., Норман Д. и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Паническая атака — неожиданный эпизод, состоящий из неприятных телесных ощущений (одышка, головокружение, покалывание в руках и ногах, потливость, дрожь, сердцебиение, боли в груди). Встречается при ряде психических расстройств; наиболее часты при фобиях, панических расстройствах (состояниях, характеризующихся повторяющимися и обессиливающими паническими атаками) и посттравматическом стрессовом расстройстве.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Паническое расстройство — заболевание, протекающее в виде спонтанных, эпизодически возникающих приступов интенсивного страха, который достигает пика в течение нескольких минут и сопровождается полиморфными вегетативными нарушениями.

Слово «паника» берет свое происхождение от имени древнегреческого бога Пана. Каждый двадцатый житель планеты хотя бы раз в жизни переживал приступ паники. Паническое расстройство встречается у населения в 2–5 %, наиболее часто развивается у молодых людей; средний возраст составляет примерно 25 лет. Заболевание дебютирует чаще всего в возрасте 20–30 лет и чрезвычайно редко до 15 и после 65 лет. Женщины страдают в 2–3 раза чаще мужчин.

Термин «паническая атака» (ПА) получил признание благодаря классификации болезней, предложенной Американской ассоциацией психиатров (ААП) в 1980 г. (DSM-III). Согласно последней, ПА служат основным проявлением ПР; среди обращающихся за первичной медицинской помощью больные с ПА составляют до 6 %.

В последующем классификация болезней ААП уточнялась, и в последней версии классификации болезней — DSM-IV и в международной классификации болезней — МКБ-10 приняты следующие критерии диагностики ПР:

1. Повторное возникновение приступов, в которых интенсивный страх или дискомфорт в сочетании с четырьмя или более из нижеперечисленных симптомов развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 мин: а) пульсации, сильное сердцебиение, учащенный пульс; б) потливость; в) озноб, тремор; г) ощущение нехватки воздуха, одышка; д) затруднение дыхания, удушье; е) боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки; ж) тошнота или абдоминальный дискомфорт; з) головокружение, неустойчивость; и) слабость, дурнота, предобморочное состояние; к) ощущение онемения или покалывания (парестезии); л) волны жара и холода; м) ощущение дереализации, деперсонализации; н) страх смерти; о) страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.

2. Возникновение ПА не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, лекарственной зависимостью или приемом препаратов) или соматическими заболеваниями (например, тиреотоксикоз).

3. В большинстве случаев ПА возникают не в результате других тревожных расстройств, таких как социальные фобии, фобии простые, обсессивно-фобические расстройства, посттравматические стрессовые расстройства.

В МКБ-10 ПР входят в рубрики «тревожных» и «фобических» расстройств, которые, в свою очередь, включены в класс «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Если психовегетативный пароксизм (психовегетативные криз или паническая атака) протекает с преобладанием одного из компонентов, из которых он складывается, то его обозначение строится с учетом этого клинического факта. В связи с этим можно выделить 2 типа пароксизмов.

1. Типичные ПА, в проявлениях которых ярко представлены все основные компоненты: вегетативные и аффективные.

2. Атипичные ПА, имеющие отклонения в структуре приступа: отсутствие эмоционально-аффективных проявлений либо атипичность их проявлений («паника без паники»), а также существование дополнительных симптомов в пароксизме: ощущение кома в горле, слабости в руке или ноге, нарушение зрения или слуха, нарушение походки, речи или голоса, утрата сознания, ощущение выгибания тела, судороги, тошнота, рвота, абдоминальный дискомфорт.

Другим принципом типологии ПР является их разделение в зависимости от наличия/отсутствия сопутствующей агорафобии. Агорафобия — боязнь находиться в местах или ситуациях, из которых трудно выбираться и в которых не будет оказана помощь в случае развития панического приступа. В результате этих страхов больной может ограничивать выходы из дома или требует, чтобы его сопровождали, или находит еще какие-либо способы справиться с агорафобией, несмотря на интенсивную тревогу. Типичными ситуациями, в которых возникает агорафобия, являются: пребывание дома в одиночестве, нахождение в толпе, в очереди или на мосту, поездка в автобусе, поезде, машине.

Приступы паники не представляют опасности для жизни или здоровья человека, но это состояние, в котором человек не может контролировать свои чувства и эмоции, становится полностью беззащитным. ПР постепенно подтачивает уверенность человека в себе и веру в окружающих, поэтому больной не может нормально общаться с другими из-за сильнейшего чувства незащищенности. Больные с ПР испытывают пониженное настроение, упадок активности, энергии, сил, снижение интереса к любимым занятиям. Человек становится замкнутым, молчаливым, пассивным, упорно избегает мест, в которых трудно получить помощь. Он предпочитает, чтобы в таких местах, как перегруженные улицы, переполненные магазины, закрытые пространства (например, тоннели, мосты, подъемники) и замкнутые транспортные средства (метро, автобусы, самолеты), его сопровождали друзья или члены семьи. Из-за подобного поведения часто возникают конфликты в семье, которые могут быть ошибочно приняты за первичную проблему.

В этиопатогенезе ПР играют роль биологические, психосоциальные и физиогенные факторы. Имеются данные о роли наследственности: среди родственников больного частота ПР в 3–5 раз выше, чем в общей популяции. Большое значение отводится нарушениям обмена серотонина — биологически активного вещества, участвующего в регуляции настроения и тревоги. У больных с ПР обнаружено нарушение обмена молочной кислоты. Определенное значение придается нейроэндокринным нарушениям. Наконец, замечено частое сочетание пролапса митрального клапана и ПР. Из биологических факторов у женщин преобладают гормональные перестройки (беременность, роды, окончание лактации, климакс), начало половой жизни, аборты, прием гормональных препаратов, у мужчин — алкогольные эксцессы.

Среди психосоциальных факторов основное внимание уделяется особенностям развития в детском возрасте, стереотипу поведения родителей, наличию ситуаций, провоцирующих развитие детской тревожности. К наиболее частым психогенным провокаторам ПА относят семейные конфликты или острые стрессовые воздействия (смерть близких, болезнь или несчастный случай, ятрогения и т. д.). Нередко при обычном расспросе психогенные факторы дебюта выявить не удается. В таких случаях говорят о «ПА на фоне ясного неба»; однако это не означает, что психогенные факторы отсутствуют. Обычно это свидетельствует о том, что они лежат в глубинах психики больного, в сфере бессознательного.

К физиогенным провокаторам относят метеотропные факторы, инсоляция, чрезмерные физические нагрузки и т. д.

По результатам многочисленных исследований в большинстве случаев наиболее эффективным оказывается комбинированное лечение ПА, при котором лекарственное лечение сочетается с психотерапией.

В лечении ПР эффективны следующие препараты: трициклические (тетрациклические) антидепрессанты неизбирательного действия (имипра-

мин, кломипрамин, амитриптилин, миансерин, мапротилин); высокопотенциальные бензодиазепины (клоназепам, алпразолам); антидепрессанты избирательного действия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – пароксетин, флувоксамин, сертралин, флуоксетин, циталопрам).

Спектр психотерапевтических методов разнообразен; особую значимость имеют когнитивно-поведенческие методы: дыхательно-релаксационный тренинг, преодоление негативного мышления, систематическая десенсибилизация, функциональная тренировка.

При определении терапевтической тактики учитываются следующие факторы: длительность болезни, отношение пациента к фармакотерапии, предыдущий опыт лечения, характер и острота эмоциональных нарушений, характер психогенной ситуации, степень социальной дезадаптации, наличие сопутствующего соматического, эндокринного или неврологического заболевания. Подбор индивидуальной схемы терапии возможен только после тщательного обследования и проводится с учетом всех особенностей заболевания.

▸ Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение/ Под ред. В. Л. Голубева. М.: 2009; *Вейн А.М., Дюкова Г.Н., Воробьева О.В., Данилов А.Б.* Панические атаки. СПб.: Институт медицинского маркетинга, 1997; *Ташлыков В.А., Ковпак Д.В.* Паническое расстройство в практике терапевта: учебно-методическое пособие для врачей. СПб.: Речь, 2007; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, D.C.: AmericanPsychiatricPress. 1994

Е.А. Корабельникова

Паралогическое мышление (в психиатрии) – симптом нарушения ассоциативного процесса, выражающийся в том, что больные путем сложных логических рассуждений приходят к выводам, явно противоречащим действительности. Это становится возможным, поскольку в речи больных, с первого взгляда как будто связной и логичной, наблюдаются смещение понятий (соскальзывание), подмена прямого и переносного смысла слов, нарушения причинно-следственных взаимоотношений. Нередко паралогическое мышление является основой бредовой системы. При этом паралогические построения как бы доказывают справедливость мыслей больного. Чаще всего данное расстройство наблюдается при шизофрении и шизоидной психопатии и рассматривается как стойкая необратимая патология.

▸ *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983; *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986; *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991

Ю.Г. Тюльпин

Парамимия (в психиатрии и неврологии) – симптом нарушения двигательной сферы, выражающийся в бессмысленных и извращенных движениях мимических мышц, таким образом на лице больного появляются гримасы, которые никак не отражают внутренние переживания больного. Часто выражение одной части лица контрастирует с тем, что наблюдается на других, – такую мимику трудно как-либо интерпретировать. В составе кататонического синдрома парамимия рассматривается как характерное проявление некоторых (чаще неблагоприятных) форм шизофрении. Она также может быть результатом гиперкинезов (например, тики при синдроме Жиля де ля Туретта).

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000

Ю.Г. Тюльпин

Парафазия (в нейропсихологии) (греч. para – возле, около и phasis – речь) – замена требуемых звуков (букв) речи или слов на другие; неправильное употребление отдельных звуков (букв) или слов в устной и письменной речи. При локальных поражениях речевых зон коры левого полушария (у правшей) П. представляет собой проявления различных форм афазии. Различают два вида П.: литеральные и вербальные. Литеральные П. выражаются в виде ошибочной замены отдельных звуков (или слогов) в словах, в основе которой лежат сенсорные или моторные нарушения речи. Литеральные П. в виде замены одних звуков другими, близкими по звучанию, наблюдаются при сенсорной и акустико-мнестической афазии; литеральные П. в виде замены одних артикулем (речевых движений, необходимых для произношения звуков речи) другими,

близкими по характеру артикулемами наблюдаются при афферентной моторной афазии. Вербальные П. характеризуются заменой одних слов другими, близкими по смыслу, и наблюдаются при амнестической афазии. Литеральные и вербальные П. у детей наблюдаются при алалии и представляют собой проявление общего недоразвития речи.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Первичная оценка стресса — согласно Р. Лазарусу, это оценка стрессора (фактора окружающей среды, ведущего к развитию стресса).

Вторичная оценка стресса — на этом этапе происходит оценка того, к каким стратегиям обратиться для преодоления стрессора.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Перенесение, перенос (в психоанализе) — процесс и результат спонтанного отношения человека к человеку, характеризующегося бессознательным переносом на него сформировавшихся в результате предшествующего взаимодействия с другими людьми положительных или отрицательных чувств (трансфер).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Персеверация (лат. perseveratio — упорство) — навязчивое повторение одних и тех же движений, образов, мыслей. Различают моторные, сенсорные и интеллектуальные П.

Моторные П. возникают при поражении передних отделов головного мозга и проявляются: а) либо в многократном повторении отдельных элементов движения (например, при написании букв или при рисовании); такая форма П. возникает при поражении премоторных отделов коры мозга и нижележащих подкорковых структур и носит название «элементарной» моторной П. (по классификации А.Р. Лурии); б) либо в многократном повторении целых программ движений (например, в построении движений, необходимых для рисования, вместо движений письма); такая форма П. наблюдается при поражении отделов коры мозга и называется «системной» моторной П. Особую форму моторных П. составляют: в) моторные речевые П., которые служат одним из проявлений эфферентной моторной афазии в виде многократных повторений одного и того же слога, слова в устной речи и при письме. Данная форма моторных П. возникает при поражении нижних отделов премоторной области коры левого полушария (у правшей).

Сенсорные П. возникают при поражении корковых отделов анализаторных систем и проявляются в виде навязчивого повторения звуковых, тактильных или зрительных образов, увеличения длительности последствия соответствующих раздражителей.

Интеллектуальные П. возникают при поражении коры лобных долей мозга (чаще левого полушария) и проявляются в виде повторения неадекватных стереотипных интеллектуальных операций. Интеллектуальные П., как правило, возникают при выполнении серийных интеллектуальных действий, например при арифметическом счете (от 100 отнимать по 7 и т. п.), при выполнении серии задач на аналогии, классификацию объектов и т. п., и отражают нарушения контроля за интеллектуальной деятельностью, ее программирования, свойственные «лобным» больным. Интеллектуальные П. характерны и для умственно отсталых детей как проявление инертности нервных процессов в интеллектуальной сфере.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Поведение типа А — деятельностно-эмоциональный комплекс, или синдром, характеризующий людей с энергичным голосом, психомоторной возбудимостью, агрессивной манерой вождения автомобиля, повышенной работоспособностью, состязательностью, нетерпеливостью, легко возникающими гневливостью и враждебностью.

Поведение типа А часто ведет к ишемической болезни сердца (ИБС), даже если прочие факторы риска не выражены. В качестве наиболее предрасполагающего к ИБС показателя поведения типа А рассматривается враждебность. Однако результаты ряда исследований в этой области не всегда согласуются; с одной стороны, в исследованиях подтверждено, что именно подавление гнева (стремление

загнать его внутрь) ведет к ухудшению здоровья, с другой — есть результаты, свидетельствующие о том, что как раз выражение (экстернализация гнева) провоцирует болезнь.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Поверхностная дислексия (dyslexia; греч. dys — приставка, обозначающая затруднение, расстройство, разделение, утрату и lexis — речь, слово) — состояние, возникающее из-за нарушения деятельности головного мозга, при котором оказывается крайне трудно узнавать и образовывать значения слов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Пограничные ситуации — ситуации индивидуального существования (личного бытия), в которых самосознание личности обостряется и человек непроизвольно познает себя. Согласно К. Ясперсу, П. с. возникают перед лицом смерти, вины, испытаний с непредсказуемым исходом. П. с. побуждают человека опираться на свои сущностные силы и служат источником рефлексии. П. с. — важные моменты саморазвития личности, стимулы деятельности; в то же время они способны вызвать чрезмерное напряжение, могут послужить причиной невротизации и психических травм.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Пограничные состояния — слабые, стертые формы нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией. Круг таких расстройств очень широк. Выделяются П. с. в узком смысле — это психогении без острых психотических расстройств (реактивные состояния, неврозы), психопатии, психические нарушения в экстремальных условиях деятельности. П. с. в широком лечебно-практическом смысле — это медленно начинающиеся вялотекущие формы шизофрении, мягкие формы циркулярного психоза (циклотимия), психосоматические расстройства, хронический алкоголизм (без выраженной деградации личности) и т. д., когда больные не обнаруживают глубоких изменений психики.

В целом для П. с. характерно наличие конкретных психосоциальных факторов, оказывающих доминирующее влияние на их формирование, и преходящее нарушение адаптивных возможностей и интегрированности личности.

Люди, находящиеся в П. с., нуждаются в специализированной психотерапевтической и социально-психологической помощи, которая осуществляется как медицинскими учреждениями, так и ориентированными на здоровых людей консультативными центрами, по телефону доверия и т. д.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.М. Эткинд

Подавление — один из защитных механизмов, обнаруживающийся в сознательном предотвращении проявления импульсов, мыслей и желаний, которые воспринимаются индивидом как неприемлемые. В психоанализе П. отличают от «вытеснения», которое в отличие от первого является бессознательным.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Полиандрия (греч. poly — много и andros — мужчина, муж) — тип полигамной супружеской системы, когда одна женщина монополизирует репродуктивные усилия нескольких мужчин.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Полигамия (греч. poly — много и gamos — брак) — супружеская система (полигиния или полиандрия), в рамках которой единственный представитель одного пола монополизирует репродуктивные усилия нескольких представителей противоположного пола.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Полигиния (греч. poly — много и gyne — женщина, жена) — тип полигамной супружеской системы,

когда один мужчина монополизирует репродуктивные усилия нескольких женщин.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Половое насилие – его квалифицирующие признаки (способы): 1) применение физического насилия; 2) угроза его применения к потерпевшей или к другим лицам; 3) использование беспомощного состояния потерпевшей (потерпевшего). Иных способов сексуального насилия, встречающихся в других странах и в феминистских воззрениях, УК РФ не предусматривает (ст. 131 «Изнасилование» и 132 – «Насильственные действия сексуального характера»).

Изнасилование отличается от насильственных действий сексуального характера тем, что объектом изнасилования является половая свобода только лица женского пола, право женщины самой решать проблему выбора полового партнера. Если речь идет о малолетних или несовершеннолетних, равно как и совершеннолетних женщинах, находившихся в беспомощном состоянии, объектом преступления является половая неприкосновенность, физическое и психическое здоровье, а также нравственное развитие малолетних и несовершеннолетних. При этом предшествующее насилию поведение жертвы, ее взаимоотношения с насильником на квалификацию содеянного не влияют. Субъектом изнасилования может быть только лицо мужского пола, достигшее 14-летнего возраста; лицо женского пола может считаться лишь соисполнителем преступления, помогая в изнасиловании лицу мужского пола. Объективная сторона преступления состоит в насильственном введении полового члена насильника во влагалище жертвы против ее воли или в покушении на пенильно-вагинальный контакт.

С судебно-медицинской и сексологической точек зрения введение полового члена в преддверие влагалища является только прикосновением, дотрагиванием. Приставление полового члена к входу во влагалище, так называемый вестибулярный половой акт, половым актом в физиологическом смысле также назвать нельзя. Даже извержение семени на наружные половые органы, в преддверие влагалища с последующим зачатием и беременностью не является половым актом (Авдеев М.И., 1968; Сердюков М.Г., 1964). Трение языком, руками, искусственным половым членом, различными предметами по женским наружным половым органам, губам, ягодицам, даже с введением их во влагалище, в рот, задний проход, также не рассматриваются как половой акт. В зависимости от умысла, конкретности случая и обстоятельств эти действия могут быть квалифицированы как насильственные действия сексуального характера, развратные действия и т. п. Насильственные действия сексуального характера мужчины с мужчиной или женщины с женщиной или со стороны женщины с мужчиной изнасилованием не являются и квалифицируются по ст. 132 УК РФ – «Насильственные действия сексуального характера».

Изнасилование или насильственные действия сексуального характера признаются совершенными с использованием беспомощного состояния потерпевшей в тех случаях, когда жертва в силу своего физического или психического состояния (малолетний возраст, физические недостатки, расстройство душевной деятельности, иное болезненное либо бессознательное состояние и т. п.) не могла понимать характера и значения совершаемых с нею действий, предложений сексуального характера, приготовлений к сексуальным действиям, поэтому не могла предотвратить криминогенную ситуацию или качественно изменить ее в свою пользу, либо не имела возможности оказать сопротивления виновному в силу своего физического состояния или особой ситуации, в которой она очутилась. При этом виновный осознавал, что жертва находится в беспомощном состоянии (Бюл. ВС РФ. 1992. № 7).

Относительно «беспомощного состояния» ввиду малолетнего возраста жертвы сексуального насилия следует знать, что уже в младшем школьном возрасте многие дети хорошо осведомлены о сути и технике половых актов, орально- и анально-генитальных контактах, проявляют ту или иную сексуальную активность. Преждевременное психосексуальное развитие подростков иной раз ведет их к активному поиску значительно старших по возрасту сексуальных партнеров; ведут они себя чрезвычайно виктимно, подсознательно и даже вполне осознанно оказывают провоцирующее влияние на взрослых, легко соглашаются на добровольные сексуальные взаимодействия, которыми нередко удовлетворяются, ищут их продолжения. В соци-

альных сетях нередки объявления, размещенные 12–13-летними детьми, ищущими старших, вплоть до совершеннолетних сексуальных партнеров. Бытующая среди юристов точка зрения, что все малолетние дети, не достигшие 12-летнего возраста, не осознают характер совершаемых сексуальных действий, не понимают их значения, устарела, может быть ошибочной. Чтобы объективно разрешить вопрос о беспомощности жертв ввиду их малолетнего возраста, необходимо провести судебную комплексную психолого-сексолого-психиатрическую экспертизу, но в ФЗ № 14 от 29.02.2012 априорно решено, что дети, не достигшие 12-летнего возраста, находятся в беспомощном состоянии. Ребенок дошкольного возраста по закону однозначно беспомощен перед преступником.

В случаях взаимной добровольности сексуальных взаимодействий ответственность наступает в соответствии со ст. 134 УК — «Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста» или ст. 135 УК — «Развратные действия». Однако здесь следует иметь в виду то обстоятельство, что половой акт взрослого и даже подростка с малолетней девочкой препубертатного возраста, как правило, должен привести к разрыву стенки влагалища и промежности 2-й степени, что причиняет вред здоровью от легкого до тяжкого.

Беспомощные состояния при половых преступлениях можно подразделить: 1) на психическую беспомощность (душевная болезнь, обусловливающая невозможность адекватной оценки происходящего, бессознательное состояние, возраст ребенка менее 12 лет); 2) физическую беспомощность, при которой потерпевшая (потерпевший) хотя и понимает, что с ней (с ним) совершают половой акт или иные сексуальные действия, но не в состоянии оказать этому сопротивление; к такому виду беспомощности относятся соматическая болезнь жертвы, физические недостатки, престарелый возраст, физическая беспомощность в результате сложившейся ситуации; 3) беспомощность в результате употребления алкоголя или сильнодействующих веществ. Причины возникновения беспомощного состояния подразделяются: а) на независящие от действий виновного; б) явившиеся следствием умышленных действий виновного, направленных на то, чтобы потерпевшая оказалась в беспомощном состоянии. Четверть случаев оконченных изнасилований в России происходит с использованием беспомощного состояния жертвы. Причиной беспомощного состояния обычно является сильное алкогольное опьянение потерпевшей. Встречаются случаи изнасилований или совершения иных действий сексуального характера с использованием глубокого медикаментозного сна или даже коматозного состояния потерпевшей после употребления подмешанных к пище или напиткам соответствующих фармакологических средств либо после доведения самой потерпевшей себя до такого состояния. В случаях заявления о подобном доказательством служит обнаружение этих веществ в тканях или биологических выделениях потерпевшей, на месте происшествия в остатках пищи, напитков и т. д. Исходя из постановления Пленума ВС РФ от 22 апреля 1992 г., для квалификации содеянного не имеет значения, сама потерпевшая (потерпевший) довела себя до беспомощного состояния путем употребления алкоголя или сильнодействующих веществ, а виновный лишь воспользовался этим состоянием, или до этого состояния ее (его) довел виновный либо иное лицо.

Покушением на изнасилование квалифицируется преступление, совершенное с умыслом изнасилования, при котором хотя введение полового члена во влагалище не имело места, но было, например, соприкосновение полового члена с лобком или половыми губами, ягодицами жертвы. При отсутствии умысла на изнасилование может иметь место иное преступление, например хулиганство, связанное с полным или частичным обнажением женщины, грабеж, разбой, которые были добросовестно истолкованы жертвой как покушение на изнасилование.

В подавляющем большинстве случаев преступник применяет непосредственное физическое насилие. Угроза применения физического насилия без самого физического воздействия встречается менее чем в трети случаев; угроза должна быть реальной, непосредственной, а не предполагаемой и не отдаленной по времени в абстрактном будущем. Угрожающим может быть конкретное прямое высказывание, демонстрация оружия или иного предмета, который можно применить с целью причинения телесных повреждений. Угрозы физической расправы могут касаться не только непосредственно

жертвы насилия, но и ее близких, иных людей. При этом не имеет значения, намеревался ли преступник исполнить свою угрозу или рассчитывал только на психологическое воздействие (Бюл. ВС РФ. 1990. № 8).

Угрозу физической расправы следует отличать от шантажа (обещания распространения нежелательных сведений) и угроз материального плана, которые являются признаками преступления, предусмотренного ст. 133 УК РФ — «Понуждение к действиям сексуального характера». Действия лица мужского пола, добившегося согласия женщины на вступление в половое сношение путем обмана или злоупотребления доверием, например обещанием жениться, не могут квалифицироваться как изнасилование (Бюл. ВС РФ. 1992. № 7). Могут иметь место и случаи заведомого искажения фактов жертвой преступления.

Дела по преступлениям, предусмотренным первыми частями ст. 131 и ст. 132 УК РФ, возбуждаются не иначе, как только по заявлению потерпевшей или потерпевшего, а для возбуждения уголовного дела по всем остальным частям указанных статей заявления потерпевшей стороны не требуется. Женщине важно реально оценивать обстановку с учетом местных традиций и степени признания прав женщины в конкретном обществе, в конкретном коллективе, хотя по законам РФ женщина имеет равные с мужчиной права и свободы.

▸ ФЗ № 215 от 27.07.2009; ФЗ № 377 от 27.12.2009; ФЗ № 14 от 29.02.2012; ФЗ № 380 от 28.12.2013; Постановление Пленума ВС РФ от 15.06.2004 № 11; Бюл. ВС РФ. 1990. № 8; Бюл. ВС РФ. 1992. № 7; *Авдеев М.И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М.: 1968; *Сердюков М.Г.* Судебная гинекология и судебное акушерство. М.: Медицина, 1964

Г.Б. Дерягин

Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста, — это поведение человека, достигшего 18-летнего возраста, регулируется статьей 134 Уголовного кодекса РФ. Мера наказания за такое поведение утяжеляется с понижением возраста потерпевшего (потерпевшей). Под «иными действиями сексуального характера» в этой статье УК в последнее время подразумевается только мужеложство или лесбиянство, при этом термин «лесбиянство» не определен, что не позволяет грамотно дифференцировать это деяние по ст. 134 УК РФ либо по ст. 135 УК РФ.

Из диспозиции ст. 134 вытекает, что объективная сторона преступления включает в себя взаимно добровольные половое сношение (пенильно-вагинальный контакт), акт мужеложства или лесбиянства совершеннолетнего(ей) с лицом мужского или женского пола, не достигшим определенного возраста. Субъектом преступления может быть лицо мужского или женского пола, достигшее 18-летнего возраста.

Статья 134 УК РФ заменила собой ст. 119 УК РСФСР — «Половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости» (подразумевалось только достижение сомато-сексуальной зрелости, без учета психосексуального развития). Не стоит упрощенно подходить к разрешению вопроса о достижении половой зрелости, тем более используя устаревшие общесоюзные «Правила судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» (1966), которые не учитывали расовых, этнических, региональных и эволюционных особенностей полового созревания. Эти правила были разработаны на основе антропометрических данных, полученных в середине XX в. в одном европейском регионе нашей страны с преобладанием в то время в обществе представителей крестьянства, переселившихся в течение короткого исторического времени в городские условия. Во многих странах достижение половой зрелости связывается с достижением определенного возраста, при этом так называемый возраст согласия на добровольные сексуальные взаимоотношения в различных странах существенно различается (преимущественно находится в диапазоне 14–16 лет); самый низкий возраст согласия на сексуальную активность в некоторых странах — 12 лет, самый высокий — 18 лет. Например, в Лихтенштейне возраст согласия на сексуальную активность соответствует 14 годам, но при этом возрастная разница партнеров не должна превышать 3 лет. В штате Тасмания, в Австралии, возраст согласия соответствует 17 годам, но если разница партнеров не более 5 лет, то возраст согласия опускается до 15 лет, если не более 3 лет — до 12 лет. Есть общества, в которых вовсе не существует запрета на сексуальные взаимодействия взрослых с детьми. В настоящий период в России в 16-летнем возрасте ведут половую жизнь свыше

трети лиц женского пола и почти половина — мужского, при этом отмечается постоянное снижение возраста полового дебюта. Многие лица, не достигшие 16-летнего возраста, начинают половую жизнь с совершеннолетними партнерами, однако возрастная разница между ними, как правило, небольшая.

Иногда встречаются случаи как преждевременной, так и запоздалой половой зрелости. Половое созревание зависит от воспитания, от особенностей среды, в которой воспитывается ребенок; на него влияют и биологические факторы, наследственность, экологические факторы и др. Встречаются и случаи патологии эндокринной системы, генетические аномалии; лица с подобными нарушениями полового созревания внешне могут выглядеть значительно старше или значительно младше своих календарных лет, что весьма важно в плане возможного добросовестного заблуждения подозреваемого (обвиняемого) относительно возраста своего сексуального партнера (не только в смысле ст. 134, но и всех статей 18-й главы УК).

Закон необходимо понимать буквально: по ст. 134 УК РФ можно квалифицировать лишь пенильно-вагинальный контакт, акт мужеложства и акт лесбиянства, выразившийся взаимностью действий. Гомосексуальная фелляция или взаимная мастурбация лиц мужского пола мужеложством не являются, т. к. Постановление Пленума ВС РФ № 11 от 15.06.04 касается только ст. 131 и 132, поэтому такие действия должны квалифицироваться по ст. 135 УК РФ. Аналогично по ст. 135 УК РФ следует квалифицировать и гетеросексуальный анально-генитальный контакт, т. к. он не является ни половым актом, ни актом мужеложства или лесбиянства. Конечно, представляется нелогичным добровольный половой акт во влагалище с лицом женского пола, не достигшим 16-летнего возраста, квалифицировать по ст. 134 УК РФ, a coitus per rectum (анально-генитальный контакт) или coitus per os (орально-генитальный контакт) — по ст. 135 УК РФ с неравными мерами наказания.

Статья 13 Семейного кодекса РФ гласит, что «порядок и условия, при наличии которых вступление в брак в виде исключения с учетом особых обстоятельств может быть разрешено до достижения возраста шестнадцати лет, могут быть установлены законами субъектов Российской Федерации». То есть, если гетеросексуальная жизнь совершеннолетнего лица с лицом, не достигшим 16 лет, но не младше 14 лет, протекает в условиях фактического брака, ст. 13 Семейного кодекса допускает процедуру юридического его оформления. При оформлении брака состав преступления, предусмотренного ст. 134 УК РФ, отсутствует. С конца 2008 г. до изменений ст. 134 УК РФ от 27.12.2009 эта норма распространялась лишь на половые контакты, имевшие место после заключения брака, т. е. даже после регистрации брака старший партнер мог быть привлечен к уголовной ответственности за половые сношения, совершенные до заключения брака (Определение Конституционного суда РФ от 21.10.2008 № 568-О-О), что реально и делалось.

Семейный кодекс в ч. 2 ст. 13 предусматривает возможность снижения брачного возраста до 16 лет по просьбе лиц, желающих вступить в брак, при наличии уважительных причин по решению органов опеки и попечительства по их месту жительства. В виде исключения и при наличии особых обстоятельств брак может быть разрешен, если таковое предусмотрено законами субъекта РФ (ч. 3 ст. 13 СК РФ).

В настоящий момент возможность снижения брачного возраста ниже 16 лет предусмотрена законами 11 субъектов Российской Федерации: в Ростовской, Московской, Вологодской, Владимирской, Самарской, Калужской областях разрешается снижать брачный возраст до 14 лет; Тверской, Мурманской и Рязанской — до 15 лет; Новгородской и Орловской — без ограничений (в остальных субъектах РФ брачный возраст ниже 16 лет не может быть снижен). Особыми обстоятельствами, которыми может быть обусловлено такое снижение, является беременность несовершеннолетней, рождение ею ребенка, угроза жизни одной из сторон, отсутствие обоих родителей (лиц, их заменяющих) у вступающего в брак и другие исключительные обстоятельства.

Примечания к ст. 134 УК РФ:

1. Лицо, впервые совершившее преступление, предусмотренное частью первой настоящей статьи, освобождается судом от наказания, если будет установлено, что это лицо и совершенное им преступление перестали быть общественно опасными в связи со вступлением в брак с потерпевшей (потерпевшим).

2. В случае если разница в возрасте между потерпевшей (потерпевшим) и подсудимым (подсуди-

мой) составляет менее четырех лет, к последнему не применяется наказание в виде лишения свободы за совершенное деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи или частью первой ст. 135 УК РФ.

▸ ФЗ № 14 от 29.02.2012; ФЗ № 380 от 28.12.2013

Г.Б. Дерягин

Половые нарушения – нарушения в комплексе: 1) телесных, репродуктивных, поведенческих и социальных признаков, определяющих индивида как мужчину или женщину, мальчика или девочку; 2) морфологических и физиологических особенностей организма, обеспечивающих продолжение рода.

Формирование пола продолжается с момента зачатия и до половой зрелости, когда завершается становление направленности влечения и происходит выбор полового партнера. При зачатии закладывается генетический пол (хромосомный XX или XY). В процессе эмбриогенеза появляется гонадный (семенники или яичники) и соответственно гаметный (сперматозоиды или яйцеклетка) пол. Под влиянием гормонального пола (андрогены или эстрогены) складывается пол рождения (соматический мужской или женский), являющийся переходным от биологического пола к социальному. Социальный пол складывается под влиянием воспитания в раннем детстве как половая аутоидентификация (самосознание), а затем в подростковом и юношеском возрасте на нее наслаиваются половые роли и сексуальные ориентации. Пол психологический – характеристика личности и поведения человека с точки зрения маскулинности–феминности. Маскулинность – совокупность психологических признаков, отличающих мужчину от женщины. Феминность – совокупность психологических признаков, отличающих женщину от мужчины. Маскулинность и феминность – филогенетически заданные психические свойства, формирующиеся в онтогенезе под влиянием социокультурных факторов.

При нарушениях полового развития генетический пол и гонадный могут не совпадать (интерсексуальные состояния). В других случаях могут одновременно присутствовать мужские и женские гонады (двуполость или истинный гермафродитизм). Одновременное сосуществование мужских и женских признаков соматического пола при однозначности гонадных расценивается как ложный гермафродитизм. Во всех случаях расхождения истинный пол устанавливается по биологически более раннему его виду. При полной целостности биологического пола он может не соответствовать половому самосознанию, что составляет феномен транссексуализма, при котором мужчина считает себя женщиной и стремится к хирургической смене пола; или наоборот, женщина стремится стать мужчиной.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Половые преступления – это уголовно наказуемые, умышленно и виновно совершенные общественно опасные деяния, посягающие на половую неприкосновенность и половую свободу личности. В УК РФ (1996) эти преступления выделены в отдельную главу № 18 – «Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности», включающую в себя пять статей (ст. 131–135). Все половые преступления совершаются с прямым умыслом. Факт вступления в брак не лишает людей половой свободы.

Из половых преступлений выделяют:

- изнасилование (ст. 131 УК РФ);
- насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ);
- понуждение к действиям сексуального характера (ст. 133 УК РФ);
- половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста (ст. 134 УК РФ);
- развратные действия (ст. 135 УК РФ).

ФЗ № 380 от 28.12.2013 в УК РФ введена ст. 240.1 – «Получение сексуальных услуг несовершеннолетнего». По смыслу она тоже относится к половым преступлениям. Под сексуальными услугами в настоящей статье понимаются половое сношение, мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера, условием совершения которых является денежное или любое другое вознаграждение несовершеннолетнего или третьего лица либо обещание вознаграждения несовершеннолетнему или третьему лицу. Получение сексуальных услуг

несовершеннолетнего в возрасте от 16 до 18 лет лицом, достигшим 18-летнего возраста, наказывается обязательными работами на срок до двухсот сорока часов, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до четырех лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Добровольное сексуальное действие без вознаграждения с лицом, достигшим 16-летнего возраста, преступлением не является.

▸ ФЗ № 215 от 27.07.2009; ФЗ № 377 от 27.12.2009; ФЗ № 420 от 07.12.2011; ФЗ № 14 от 29.02.2012; ФЗ № 380 от 28.12.2013

Г.Б. Дерягин

Половые травмы — своеобразные повреждения психики и аффективные переживания, возникающие в связи с подавлением половых влечений.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007.

В.И. Овчаренко

Помрачение сознания (в психиатрии) — а) состояние, при котором наблюдается перцептивная и когнитивная спутанность сознания; б) тяжелое нарушение психических процессов, проявляющееся отрешенностью от окружающего мира, утратой ориентировки (в месте, времени, ситуации, собственной личности), нечеткостью мышления вплоть до бессвязности и последующей частичной или полной амнезией.

Речевой контакт с больным в состоянии нарушенного сознания непродуктивен, он не всегда понимает обращенные к нему фразы, необходимо их многократное повторение, выражение своих требований в краткой понятной форме. Даже в том случае, если больной продемонстрировал понимание слов собеседника, через короткий промежуток времени выясняется, что он полностью забыл все то, что было ему сказано; приходится постоянно повторять и напоминать ему. Собственные его рассуждения непоследовательны и фрагментарны. Такое состояние может сочетаться с яркими зрительными и слуховыми обманами, переживанием фантастических событий (делирий и онейроид). Также нередко наблюдаются формы П. с., при которых поведение больного мало отличается от естественного (транс, амбулаторный автоматизм, сумеречное состояние), однако в последующем выясняется, что больной не помнит абсолютно ничего из того, что происходило во время нарушения сознания.

П. с. как проявление самых различных психических и соматических заболеваний (тяжелые интоксикации, эпилепсия, алкоголизм, шизофрения и пр.) требует постоянного наблюдения для предотвращения опасных поступков.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000

Ю.Г. Тюльпин

Понуждение к действиям сексуального характера (ст. 133 УК РФ) — возможно только путем шантажа, угрозы уничтожением, повреждением или изъятием имущества либо с использованием материальной или иной зависимости потерпевшего (потерпевшей). Эти квалифицирующие признаки отличают понуждение к действиям сексуального характера от сексуального насилия. При внешне кажущейся взаимной добровольности сексуальных действий в условиях понуждения добровольность потерпевшей стороны отсутствует. Мера наказания увеличивается, если то же деяние совершено в отношении несовершеннолетнего (несовершеннолетней).

Понуждением является психическое воздействие на потерпевшего с целью добиться его согласия на вступление в единичное половое сношение или сожительство, а равно на удовлетворение половой страсти путем мужеложства, лесбиянства или совершения иных действий сексуального характера с помощью какого-либо из указанных в диспозиции ст. 133 УК способов. Объективной стороной данного преступления является противоправное понуждение человека любого пола и любого возраста к совершению любых сексуальных действий. Для квалификации содеянного как преступления понуждение должно быть высказано непосредственно потерпевшему лицу, а не быть передано в виде пожелания через кого-то. Не имеет значения, когда субъект преступления намеревается выполнить свою угрозу, например причинения вреда имущественным интересам жертвы: немедленно после получения отказа или спустя некоторое время. При этом не имеет значения, намеревался ли виновный реализовать свою угрозу.

Кроме использования шантажа, угрозой понуждением является и использование положения зависи-

мости, в котором находился потерпевший. Материальная зависимость может выразиться нахождением на иждивении, проживанием на жилплощади виновного без возможности съезда с этой жилплощади, а также в отношениях должника и кредитора, подчиненного и начальника. Иная зависимость — понятие широкое, охватывающее разнообразие зависимых отношений: например, гражданина — от должностного лица; воспитанников детских домов и домов-интернатов — от воспитателей, преподавателей; ученика (ученицы) — от учителя (учительницы); спортсмена (спортсменки) — от тренера; студента или студентки — от преподавателя и т. д.

Открытое предложение лица вступить с ним в половую связь или совершить иные действия сексуального характера (которое может субъективно восприниматься как грубое, циничное, непристойное), но без шантажа, угрозы, зависимости преступлением не является. Преподнесение подарков, предоставление льгот с намеками на желательность сексуальных взаимодействий преступлением также не являются.

В качестве субъекта преступления может выступать лицо мужского или женского пола, достигшее 16-летнего возраста. Понуждающее лицо способно действовать не только в своих интересах, но и в интересах третьего лица. Преступление является оконченным с момента выражения понуждения, поэтому наличие полового сношения или иных, реально выполненных сексуальных действий не обязательно.

Преступление характеризуется чрезвычайной латентностью; так, в 1990-х гг. по стране ежегодно регистрировалось менее 20 дел, связанных с заявлениями о сексуальных понуждениях. По имеющимся данным, около 5 % лиц женского пола подвергаются в юном возрасте противоправным половым понуждениям; примерно треть из них удовлетворила сексуальные претензии понуждавших. О потерпевших мужского пола таких данных нет.

▸ ФЗ № 420 от 07.12.2011; ФЗ № 14 от 29.02.2012

Г.Б. Дерягин

Праксис (греч. praxis — действие) — координированное, сознательное произвольное движение или действие. П. объединяет различные виды движений и действий (мануальных, локомоторных, движений глаз, речевой мускулатуры и др.). Соответственно, выделяют мануальный П., оральный П., локомоторный П. и др.

П. подразделяется на два типа: П. как произвольное воспроизведение различных поз («статический» или П. позы) и П. как произвольное воспроизведение серии двигательных актов, возможность образования двигательных автоматизмов («динамический» П). П. — высшая форма двигательной активности, реализуемая с помощью различных нервных структур, имеющих многоуровневую организацию. Согласно концепции Н.А. Бернштейна, различные аспекты П. обеспечиваются различными уровнями ЦНС. Нарушения П. возникают при поражениях различных отделов коры больших полушарий головного мозга (преимущественно левого полушария у правшей) и имеют различный характер.

Нарушения П. возможны при психических заболеваниях и недоразвитии мозга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Предболезненные состояния (предполье) (лат. prae — находящийся впереди чего-либо, предшествующий) — субклинические, эпизодические и слабо выраженные психические расстройства, характеризующие начальную стадию болезни в период от появления первых патологических отклонений до продрома (т. е. до появления первых признаков манифестации болезни) включительно. Вслед за этим болезненные расстройства становятся вполне определенными, свидетельствующими о дебюте или манифестации болезни.

Вопрос о П. с. наиболее полно разработан применительно к шизофрении. Однако предболезненные психические расстройства описываются не только при шизофрении. Так, в случае маниакально-депрессивного психоза речь идет о личностном преморбидном складе циклоидного (чаще гипертимного) типа, с активностью, деловитостью, эмоциональностью, добросердечием. В рамках униполярной депрессии преморбидный склад личности описывается как вынужденно-принудительное (компульсивное) стремление к упорядоченности, аккуратности, постоянству со склонностью к педантизму; в общении такие люди характеризуются повышенной требовательностью к себе, со-

вестливостью, некоторой замкнутостью с чувством постоянной неудовлетворенности из-за чрезмерности задач, которые они ставят перед собой, с ощущением вины перед собой и другими; в отношении к труду у них господствует прилежание, добросовестность, надежность; это люди долга с чрезмерно высокими претензиями к себе в отношении количества и качества работы; лица, предпочитающие профессии, требующие точности.

При неврозах говорят о преневротических состояниях. При психопатиях речь идет о препсихопатических состояниях, при паранойе – о гипопараноильной конституции К. Кляйста (Kleist K., 1917) (обидчивость, раздражительность, недоверчивость, сниженная возможность к адаптации в связи с прямолинейностью и ригидностью).

Предболезненные психические состояния описаны также при иных психических заболеваниях (эпилепсия, алкоголизм и др.). При эпилепсии говорят о лицах эпилептоидного склада. При хроническом алкоголизме – об эпизодическом и привычном пьянстве, когда еще нет абстинентных явлений, но наблюдается более частая интоксикация спиртными напитками, повышение толерантности, амнестические формы опьянения, потеря контроля (чаще возникают у лиц психопатического (особенно истерического, неустойчивого и шизоидного) склада).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин, Н.С. Лейтес

Предболезнь (лат. prae – предшествующий, впереди чего-либо и «болезнь») – понятие, обозначающее переходное состояние, пограничное между здоровьем и болезнью. Оно возникает при воздействии на организм внешних или внутренних патогенных факторов, инициирующих, с одной стороны, адаптивно-компенсаторные реакции и, с другой стороны, структурно-функциональные изменения, предрасполагающие к формированию собственно патологии. Для такого состояния характерно снижение неспецифичных резервных защитно-приспособительных возможностей организма с умеренными (субклиническими) изменениями антиоксидантного статуса, профиля естественных аутоантител сыворотки крови, гормонального профиля, психической возбудимости и других показателей. Неспецифичные изменения модулируют характер взаимоотношений индивидуума с окружающей средой и в ряде случаев воспринимаются им на осознанном уровне. Динамичное взаимодействие адаптивных и дизадаптивных реакций может приводить к последующему формированию начального периода заболевания либо, при благоприятном развитии событий, к ликвидации потенциально патогенных изменений и полной нормализации функций. Учет понятия «предболезнь» облегчает профилактику и прогнозирование заболеваний за счет выделения групп повышенного риска. Выявление механизмов, способствующих и препятствующих переходу предболезни в болезнь, служит важной задачей общей и частной патологии.

В клинической медицине часто используется близкое по смыслу понятие «преморбидное состояние» (лат. prae и morbus – болезнь»). Однако обычно в его рамках существенно больший акцент делается на анализе факторов риска и дизадаптивных структурно-функциональных изменений, предрасполагающих к развитию собственно заболевания: патологической наследственности, возрастных, половых и конституциональных особенностях, перенесенных ранее инфекционных заболеваниях, последствиях механических и психических травм и т. д.

▸ *Адо А.Д.* Патологическая физиология. М.: Триада-Х, 2000; *Гусев Е.И., Крыжановский Г.Н.* Дизрегуляционная патология. М., МИА, 2009; *Семичов С.Б.* Предболезнь / Психологическая энциклопедия. М., 1987

А.Б. Салтыков

Представления о людях у детей с интеллектуальной недостаточностью (легкая степень умственной отсталости: дебильность) – отличаются от возрастной нормы по следующим параметрам: уровень обобщенности, широта, степень дифференцированности, содержание, структура, способы репрезентации характеристик другого человека. По сравнению с детьми с нормальным интеллектуальным развитием их представления о людях характеризуются более низким уровнем обобщенности, узостью и ограниченностью в содержательном плане, меньшей дифференцированностью (расчлененностью), повышенным эгоцентризмом (выражается в склонности к абсолютизации собственного психологического опыта).

При восприятии другого человека такой ребенок приписывает ему собственные впечатления о нем, полагая, что он на самом деле такой. Даже к возрасту 17 лет он не способен посмотреть на человека отстраненно «глазами другого», т. е. децентрированно. Представления таких детей об окружающих людях (одноклассниках, педагогах, знакомых и друзьях) крайне субъективны и неустойчивы. Мнение об одном и том же человеке может меняться очень быстро в зависимости от случайных ситуативных факторов. По сравнению с нормально развивающимися, дети с интеллектуальной недостаточностью имеют более ограниченный круг понятий, на основе которого осуществляется понимание ими других людей; эти понятия отличаются у них низкой когнитивной сложностью. Они склонны воспринимать других людей скорее негативно, чем позитивно, и с возрастом эта особенность восприятия ими других людей усиливается.

Развитие процессов межличностного познания у таких детей осуществляется на основе тех же закономерностей, которые характерны и для нормы. Наблюдаются устойчивое повышение с возрастом уровня обобщенности и дифференцированности представлений о людях, расширение их в содержательном плане, тенденция перехода на генетически более совершенные и сложные способы репрезентации психологических характеристик другого человека, расширение и совершенствование понятийного аппарата. Главная специфика развития процессов межличностного познания у детей с отставанием интеллектуального развития заключается в том, что по всем выделенным параметрам они идут со значительным отставанием от возрастной нормы.

Развитие представлений о людях при интеллектуальной недостаточности происходит стихийно. Существующая система обучения и воспитания не оказывает существенного влияния на этот процесс. Основными его источниками являются общение со сверстниками и просмотр художественных фильмов. Важнейшей задачей учебно-воспитательной и коррекционной работы с такими детьми является формирование их как субъектов общения и межличностного восприятия, способных к относительно безболезненному вхождению в социальную среду. Однако при использовании коррекционных процедур психологические представления о людях у учащихся с интеллектуальной недостаточностью не удается довести до уровня возрастной нормы.

▸ *Агавелян О.К.* Общение детей с нарушениями умственного развития: дис. … д-ра психол. наук. Ереван, 1989; Психология общения. Словарь, 2015; *Романов К.М.* Вопросы коррекции дефектов межличностного восприятия у школьников с интеллектуальной недостаточностью // Современная школа и психология: перспективы сотрудничества: материалы III Республиканского научного семинара 3 февраля 2005 г. Саранск: Мордов. гос. пед. инт, 2005. С. 97–102; *Щанкина Н.С.* Особенности образа другого человека у учащихся с интеллектуальной недостаточностью: Автореф. дис. … канд. психол. наук. Нижний Новгород, 2004

К.М. Романов

Преневротические состояния (псевдоневрозы ситуации) (лат. prae – предшествующий и греч. neuron – нерв, жила) – психические расстройства, характеризующие стадию перехода от состояния психического здоровья к болезни. Речь идет об отдельных обычно кратковременных невротических реакциях, свидетельствующих о своего рода невротической готовности заболевающей неврозом личности. При малой дифференцированности клинических проявлений просматривается четкая связь ухудшения состояния с патогенной ситуацией.

В клинической картине П. с. по сравнению с неврозом наблюдаются меньшая степень ограничения социальных контактов и «ухода в болезнь», сравнительно малая выраженность патохарактерологических особенностей пациента (Семке В.Я., 1988); имеют место быстро преходящие аффективные, фобические, вазовегетативные, псевдосоматические проявления, нестойкие страхи, истеричность, истощаемость, утомляемость, низкая работоспособность, невозможность сосредоточиться, утрата интереса к работе, активное нежелание работать, появление раздражительности при необходимости продолжать труд, эмотивная лабильность, обидчивость, ранимость, плаксивость и т. п. В это время появляются излишняя суетливость, неприятные ощущения при выполнении мелких и точных движений, при необходимости долго оставаться неподвижным; проявляется утрата быстроты и ловкости при преобладании ненуж-

ных, лишних движений. Появляется вегетативная лабильность – потливость, сердцебиение, повышенная чувствительность к воздействиям холода, жары, яркого света, громких звуков. Исчезает аппетит. Возможны колебания артериального давления. Утомление в этих случаях не исчезает после отдыха; развиваясь к вечеру, оно сохраняется еще и утром. Наблюдается повышенная сонливость; сон при этом тяжелый, глубокий, продолжительный (сутки и более). Головные боли испытываются уже с утра, они рассеиваются с началом работы и возвращаются после полудня. Состояние пациентов в этой стадии нестойко, симптомы выражены нерезко, они ослабевают после нескольких дней отдыха. Полное выздоровление наступает после 2–3-недельного отдыха. Если силой обстоятельств пациент вынужден продолжать работу в состоянии утомления, утомляемость нарастает, кумулируется, болезнь переходит в стадию выраженного невроза: повышенная сонливость сменяется бессонницей, меняется характер головных болей и т. п.

В тех случаях, когда основной причиной развития невротических расстройств оказываются психогенно травмирующие воздействия, клиническая картина и стадии преневроза почти полностью исчерпываются ситуационными эмоциональными расстройствами. Наиболее характерной чертой описываемых состояний является изменчивость; их динамика полностью определяется внешними условиями. Ухудшение или улучшение обстоятельств сразу же сказывается на состоянии пациентов; разрешение конфликта ведет к немедленному выздоровлению. В анамнезе взрослых невротиков эти расстройства отмечаются в 84 % наблюдений, в случаях медленного развития неврозов длительность преневротической стадии может исчисляться годами. Это обстоятельство очень важно в психопрофилактическом отношении, т. к. соответствующие и своевременные лечебные (в том числе психотерапевтические) мероприятия могут предотвратить развитие невроза как болезни.

Как и при препсихопатических состояниях, малая выраженность и неопределенность клинических характеристик крайне затрудняют своевременную диагностику, чаще последняя проводится лишь ретроспективно. При выявлении преневротических расстройств в период их становления необходимо проведение дифференциального диагноза с предболезненными психическими расстройствами как предстадией в развитии психозов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.Я. Гиндикин

Преодоления избегающий стиль – склонность к избеганию стрессового события, игнорированию, отрицанию или минимизации его значения, предполагающая использование личностью, демонстрирующей такой стиль поведения, определенного усилия, чтобы справиться с возникающими стрессовыми ситуациями или событиями.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Преодоления наступательный стиль – склонность акцентировать, преувеличивать стрессовое событие и даже придавать ему главенствующее значение, используя для этого определенные усилия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Препсихопатические состояния (лат. prae – предшествующий и греч. psyche – душа, pathos – страдание) – начальная стадия в развитии психопатий, на которой еще отсутствуют тотальность патологических черт личности и существенные нарушения социальной адаптации; психопатические черты личности обратимы, и при благоприятных условиях психопатия может не сформироваться.

Клиническими особенностями этих расстройств являются полиморфизм, невыраженность и нестойкость черт личности этих пациентов, изменчивость, взаимозаменяемость, тесная зависимость от ситуации и соматического состояния пациента. Возникающие время от времени «срывы» не отличаются глубиной. Речь идет об обратимом этапе психопатического развития личности, во многих случаях не предопределяющего форму развивающейся психопатии (Кербиков О.В., Гиндикин В.Я.,1960). В группе «ядерной» психопатии длительность препсихопатической стадии колеблется от 8 до 16, в «краевой» – от 7 до 13, в «органической» – от 10 до 15 лет; в «ядерной» группе биологическая неполноценность в виде «рассогласованности коры и подкорки» (Павлов И.П.) обнару-

живается уже на ранних стадиях индивидуального развития. В младенческом возрасте это выражается в плаксивости с «закатываниями до посинения», судорожными подергиваниями мышц лица и конечностей, рудиментах истерических припадков. В период 1-го возрастного криза (примерно 2–4 года) эти особенности усиливаются, появляются двигательная расторможенность, капризность, сверхтребовательность, демонстративность, трудности адаптации. Во время 2-го возрастного криза (6–7 лет) усиливаются претенциозность, впечатлительность и сенситивность, упрямство и непослушание, наклонность к паясничанью. В периоде негативной стадии пубертата (первая половина 3-го возрастного криза, 11–15 лет) поведение становится все более дисгармоничным, усложненным и неадекватным.

В группе патохарактерологических развитий, т. е. «краевой» психопатии, обязанной своим возникновением главным образом отрицательным микросоциальным влияниям — неадекватному воспитанию и др., начало препсихопатического этапа относится к преддошкольному и раннему школьному возрасту, когда обнаруживается связь аномального реагирования с качественными изменениями окружающей среды. В этом периоде появляются стойкие реакции имитации, оппозиции и т. п. В зависимости от интенсивности и продолжительности отрицательных средовых воздействий возникают разнообразные аффективные реакции, вегетативные и вазомоторные проявления, продолжительные состояния психической слабости и неустойчивости. Фиксируясь и закрепляясь, они во все большей мере определяют линию поведения подростка.

В «органической» группе первоначальные аномальные черты выявляются в период 1-го возрастного криза, выражаясь двигательной возбудимостью, крикливостью, расторможенностью; определяется некоторая замедленность развития интеллекта (конкретность мышления, рассеянность внимания и пр.). Уже на этом этапе появляются астенические черты в виде головных болей, пугливости, плаксивости, истощаемости, явлений раздражительной слабости. Адаптационные трудности выявляются в период 2-го возрастного криза: неспособность к систематическим занятиям, избирательное отношение к отдельным предметам, непереносимость жестких, авторитарных требований дисциплины. В период негативной фазы пубертата поведение подростков принимает все более дисгармоничный характер, психопатическое реагирование возникает во многих повседневных ситуациях, присоединяются и невротические расстройства. К концу данной стадии наступает «кристаллизация» психопатического способа реагирования и расширение круга психопатических расстройств.

Выделение препсихопатической стадии формирования психопатий имеет важное лечебно-профилактическое значение, поскольку активное использование в этом периоде методов лечебной педагогики, психотерапии и применение некоторых психофармакологических средств (транквилизаторы, антидепрессанты, «поведенческие» нейролептики, фитотерапия) могут воспрепятствовать становлению психопатий (Werner R., 1979; Костяшкин Э.Г., 1970; Братусь Б.С. и соавт., 1988; В.Я. Гиндикин, 1996; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999; и др.). В связи с необходимостью весьма трудного дифференцирования препсихопатических состояний с предболезненными психическими состояниями, а также уточнения клинических типов формирующихся психопатий и выявления наиболее устойчивых профессионально значимых индивидуально-типологических особенностей, безусловно, показано психологическое тестирование: подростково-юношеский вариант стандартизованного многофакторного метода исследования личности — СМИЛ (Собчик Л.Н.,1990), патохарактерологический диагностический опросник для подростков (Личко А.Е., 1976) и др. При этом, однако, не следует ставить знак равенства между П. с. как этапом в развитии психопатии, с одной стороны, и личностной акцентуацией как своеобразным и стационарным вариантом нормальной личности — с другой (Леонгард К., 1981; Личко А.Е., 1983).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Принцип нирваны (в психоаналитической традиции) (санскр. nirvana — успокоение, угасание; описанное в древнеиндийской религии и философии — буддизме и джайнизме — состояние отрешенности от жизни и ненарушимого покоя, выступающее в качестве конечной цели и «спасения» человека) — доминирующая тенденция психической жизни, направленная на уменьшение и прекращение внутреннего раздражающего напряжения и сохранение покоя (нирваны), которая находит свое выражение в прин-

ципе удовольствия. Понятие «П. н.» предложено психоаналитиком Барбарой Лоу и введено в оборот в ее книге «Психоанализы» в 1920 году.

П. н. интерпретировался З. Фрейдом и др. как один из аргументов в пользу признания существования влечения к смерти (инстинкта смерти, Танатоса). В учении Г. Маркузе П. н. истолковывался как принцип, подчиняющий себе действие инстинкта смерти и направляющий его к такому состоянию устойчивой удовлетворенности, которое характеризуется отсутствием ощущений какого-либо напряжения и отсутствием желаний. По Г. Маркузе, П. н. не утрачивает своей силы по мере развития цивилизации и обеспечивает постоянное (но подавляемое) побуждение к окончательному удовлетворению и достижению покоя (нирваны, смерти).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Проекция (в психоанализе) – 1) в классическом психоанализе – процесс, посредством которого собственные черты, эмоции, отношения и т. д. индивида приписываются им кому-то другому. Это сопровождается отрицанием, что он сам имеет эти чувства или тенденции. П. выполняет функции защитного механизма, оберегая индивида от тревоги, свидетельствует о наличии некоторого подавленного базового конфликта;

2) в других психодинамических теориях – процесс непроизвольного приписывания субъективных качеств одного человека другим, что рассматривается как нормальный процесс психического развития, не обязательно отражающий невротические тенденции;

3) восприятие событий и стимулов окружающей среды (особенно неоднозначных) в терминах собственных ожиданий, потребностей, желаний и т. д. Это значение полностью нейтрально относительно патологического аспекта П. и составляет основу для использования проективных методик.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Промискуитет (лат. promiscuus – смешанный, общий) – беспорядочность и хаотичность половых связей с различными партнерами. Впервые термин был введен для обозначения поведения людей в первобытном обществе, не ограниченных еще какими-либо социальными нормами брака. Позже этот термин стал использоваться в сексологии в рамках понимания схожих с первобытными форм поведения в современном обществе.

Данная форма сексуального взаимодействия может быть характерна для подросткового возраста как вариант подражания друг другу в асоциальных компаниях или как следствие злоупотребления веществами, изменяющими состояние сознания. В таких случаях П. становится привычной формой обезличенного секса и накладывает серьезный психологический отпечаток на развитие зрелой сексуальности в будущем, препятствуя созданию прочного длительного эмоционального союза с одним постоянным партнером (первичный П.). П. может быть следствием и патологически повышенного сексуального влечения, наличия нимфомании у женщин или сатириаза у мужчин, а также следствием расторможенности сексуальной сферы при наличии тяжелых психических патологий.

▸ *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002

А.В. Чалова

Психалгия (греч. psych- и aldos – боль) – совокупность расстройств, доминирующими симптомами которых являются боли психического происхождения. П. часто выражаются в головной боли, боли в спине и др.; возникают без видимых органических дисфункций и не в результате какого-либо другого психического расстройства.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психастения (в психиатрии) (греч. psyche – душа и astheneia – физическая и психическая слабость, бессилие) – а) один из типов психопатий, характеризующийся крайней нерешительностью, неуверенностью в себе, мнительностью; б) форма расстройства личности, проявляющаяся в чрезмерной тревожности и мнительности, которые приводят к чрезвычайным трудностям в принятии решений, боязливости и постоянным сомнениям. Пациенты отличаются замкнутостью и молчаливостью в присутствии малознакомых лиц, при этом могут быть откровенны и многословны в общении с близкими

и давними друзьями. Неуверенность в себе психастеники компенсируют показной холодностью, высокомерием, педантичностью, упрямством, настойчивым стремлением следовать правилам; они противостоят любым нововведениям, подолгу обдумывают свои неудачи, склонны к самобичеванию, однако не демонстрируют этого окружающим. В сложных жизненных ситуациях они склонны к формированию навязчивых мыслей и страхов, часто опасаются за свое здоровье (ипохондрия). В международной классификации МКБ-10 признаки психастении описаны в составе ананкастного, тревожного и зависимого расстройства личности.

▸ *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М., 1933; *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000

Ю.Г. Тюльпин

Психический аппарат (в психоанализе) — объединение гипотетических структур, ответственных за все проявления психического, которым придаются характеристики локализации, протяженности в пространстве, структурного взаимодействия и экономического (энергетического) обмена. Концепция, согласно которой психическая деятельность (сознательная, предсознательная и бессознательная) локализуется в определенной части П. а., называется топографической. Концепция, которая описывает психику в терминах взаимодействия ее частей (сознательной, предсознательной и бессознательной), получила наименование структурной. Когда хотят подчеркнуть энергетическое взаимодействие различных элементов психики (сознательной, предсознательной и бессознательной), то обычно используют понятие «энергетической» модели. Но во всех трех случаях речь идет об одних и тех же структурах, функциях, механизмах их деятельности и развитии представлений об этих структурах; при этом каждая из моделей обладает самостоятельной ценностью для понимания содержания и сути внутренних психических процессов.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Психовегетативный синдром (ПВС) — термин предложен в середине прошлого века немецким исследователем W. Thiele для обозначения надсегментарных вегетативных расстройств. Подчеркивая психогенез этих расстройств, W. Thiele указывал на «совершенно естественное взаимодействие и одновременность психических и вегетативных процессов». В отечественной литературе термин закрепился благодаря работам А.М. Вейна; и до сих пор его используют для обозначения синдрома вегетативной дистонии, связанного с психогенными факторами.

Данные о частоте ПВС зависят от неоднозначности вкладываемого в этот термин клинического содержания и варьируют от 3,7 % всего населения до 25 % пациентов общесоматической сети. ПВС чаще встречается у женщин, особенно в возрасте от 30 до 40 лет. В его рамках отдельные болезненные проявления отмечаются со следующей частотой: расстройства сна — 35 %, головные боли — 34 %, неприятные ощущения в области сердца — 29 %, общая слабость, вялость — 23 %, желудочно-кишечные расстройства — 23 %, состояния страха — 21 %, головокружения — 21 %, сексуальные нарушения — 15 %, гипотимия — 12 %, затруднение дыхания — 12 %, боли в области спины — 10 %.

Основная роль в этиологии этого синдрома отводится психогенным факторам. Вместе с тем отмечается участие в патогенезе психовегетативных расстройств генетических, конституциональных, социальных и соматогенных факторов; в зависимости от их приоритетного значения в развитии заболевания рассматривают следующие варианты ПВС:

1. Первичные: вегетативно-эмоциональный синдром конституционального характера; вегетативно-эмоциональный синдром (реакция) при остром и хроническом стрессе (психофизиологическая вегетативная дистония).

2. Вторичные: ПВС в картине невротических расстройств, психических заболеваний, органических заболеваний головного мозга, соматических (в том числе психосоматических) заболеваний, гормональных перестроек (пубертат, климакс).

Несмотря на то что ПВС не является самостоятельной нозологической единицей, большинство врачей используют этот термин для синдромального описания психогенно обусловленных полисистемных вегетативных нарушений. Последние

включают разнообразные по происхождению и проявлениям нарушения соматических (вегетативных) функций, связанные с расстройством их нейрогенной регуляции.

На приеме у врача большинство пациентов с ПВС формулируют свои жалобы в контексте собственных представлений о телесных функциях и отдельных органах, поэтому нередко выделяют значимый для них симптом и акцентируют внимание врача именно на нем. Ниже перечислены факторы, определяющие характер доминирующего вегетативного синдрома:

- предиспозиционный фактор (пролапс митрального клапана, вестибулопатия и т. п.);
- предшествующие заболевания органа или системы (оперативное вмешательство, инфекционное заболевание и т. п.);
- витальная значимость органа в жизни человека;
- наличие подобных расстройств у родственников или других значимых субъектов;
- наличие и характер психотравмирующих факторов.

Выделяют две клинические разновидности ПВС: органную (изолированную), при которой нарушения локализуются в определенной системе органов, и общую, характеризующуюся многообразием и полиморфизмом симптоматики. Последняя преобладает и рассматривается как характерный признак ПВС. В качестве отдельных компонентов ПВС выделяют: а) соматический (феносоматический), включающий разнообразные по интенсивности, продолжительности и характеру болевые ощущения, дисфункции органов, парестезии и т. п.; б) неврологический – с оживлением рефлексов, незначительным тремором языка, симптомом Хвостека; в) психический (фенопсихический), клиническим содержанием которого являются беспокойство, тревога, расстройства сна, озабоченность своим здоровьем, склонность к рефлексии, лабильность настроения, повышенная истощаемость, расстройство концентрации внимания, снижение инициативы.

По типам декомпенсации различают ПВС раздражения (основными симптомами являются внутреннее напряжение, беспокойство, страх) и ПВС истощения, характеризующийся повышенной утомляемостью, слабостью.

У одних пациентов вегетативные симптомы являются ведущими в клинической картине заболеваний, у других на первое место выходят психические расстройства, которые сопровождаются яркими вегетативными нарушениями, однако такие больные считают их закономерной реакцией на имеющееся «тяжелое соматическое заболевание». По этой причине пациенты обращаются за помощью к терапевту, кардиологу, гастроэнтерологу или неврологу, что делает проблему ПВС междисциплинарной, и врачам разных специальностей необходимо не только уметь диагностировать болезнь, но и суметь помочь пациенту избавиться от его страданий.

ПВС могут проявляться в виде как пароксизмальных, так и перманентных расстройств. Пароксизмальные вегетативные расстройства – вегетативные кризы или панические атаки – наиболее яркое и драматичное пароксизмальное проявление психовегетативного синдрома. Традиционное для отечественной медицины название «вегетативный криз» подчеркивает, что преимущественное значение в приступе имеют вегетативные симптомы. В зарубежной медицине, особенно в англоязычной, ведущую роль в вегетативном пароксизме придают аффективным расстройствам (страху, тревоге), что соответственно находит свое отражение в используемых терминах – «тревожные атаки», «панические атаки».

Критерии, необходимые для диагностики панических атак, можно обобщить следующим образом: а) пароксизмальность; б) полисистемные вегетативные симптомы; в) аффективные расстройства.

Под перманентными вегетативными расстройствами подразумевают субъективные и объективно регистрируемые нарушения вегетативных функций, которые носят постоянный характер или возникают эпизодически и не сочетаются с вегетативными пароксизмами (паническими атаками). Эти расстройства могут проявляться преимущественно в одной системе или носить отчетливый полисистемный характер. Перманентные вегетативные расстройства характеризуются следующими синдромами:

- в кардиоваскулярной системе: кардиоритмическими, кардиалгическими, кардиосенестопатическими, а также артериальными гипер- и гипотонией или амфотонией;
- в респираторной системе: гипервентиляционными расстройствами: ощущением нехватки воздуха, одышкой, чувством удушья, затрудненным дыханием и т. д.;

– в гастроинтестинальной системе: диспептическими расстройствами, тошнотой, рвотой, сухостью во рту, отрыжкой, абдоминальными болями, дискинетическими феноменами, запорами, диареей;
– в терморегуляционной и потоотделительной системах: неинфекционным субфебрилитетом, периодическими «ознобами», диффузным или локальным гипергидрозом и т. д.;
– в сосудистой регуляции: дистальным акроцианозом и гипотермией, феноменом Рейно, сосудистыми цефалгиями, липотимическими состояниями, волнами жара и холода;
– в вестибулярной системе: несистемными головокружениями, ощущениями неустойчивости.

Наличие определенной связи между субъективными переживаниями больного, динамикой психогенной ситуации и появлением или усугублением тех или иных соматических симптомов является одним из критериев ПВС. Редукция соматических жалоб обычно происходит под влиянием седативных средств: валидола, корвалола, валерианы, бензодиазепинов и др.

При тщательном расспросе пациента можно выявить необычность клинических проявлений и непохожесть на известные соматические страдания. При обследовании пациента с ПВС нет объективных клинических и параклинических признаков, свидетельствующих о наличии органической патологии в той или иной системе. Соотношение представлений больного о своем заболевании (у пациентов с ПВС внутренняя картина болезни «разработана», отличается фантастичностью) и степени их реализации в поведении позволяет определить роль психических расстройств в их патогенезе.

Необходимо также помнить, что проявления ПВС в ряде случаев могут быть связаны с побочным действием лекарственных препаратов: амфетаминов, бронходилататоров, кофеина, эфедрина, леводопы, левотироксина, антидепрессантов с выраженным активирующим действием. При их отмене происходит регресс вегетативных расстройств.

Важно иметь в виду, что ПВС является первым этапом диагностических размышлений врача, который может быть завершен постановкой нозологического диагноза. В этом случае неоценимую помощь врачу общей практики или неврологу окажет психиатр, определив тип психического расстройства.

Несмотря на то что наиболее очевидными в клинической картине являются вегетативные расстройства, базовым методом в лечении в настоящее время является психотерапия (ПТ). В настоящее время в распоряжении психотерапевта имеется большой арсенал средств, начиная от простых, которые зачастую решают задачи симптоматического улучшения, до сложных, направленных на разрешение внутренних конфликтов пациента. Убедительная оценка сравнительной эффективности различных методов психотерапии чрезвычайно сложна. Трудно назвать метод ПТ, в равной степени высокоэффективный для различных пациентов с ПВС, так же как нет пациента, применительно к которому различные методы будут в равной степени высокоэффективны. Поэтому большинство психотерапевтов в своей практике выступают за эклектичность подхода, разрабатывая психотерапевтический комплекс, индивидуальный не только для каждого пациента, но и для каждой стадии работы с одним пациентом. В связи с этим применяемые для лечения ПВС психотерапевтические методы включают: приемы из рациональной, когнитивной, суггестивной, когнитивно-поведенческой, семейной, игровой терапии, арт-терапии, гештальт-терапии и других направлений. Комбинация различных психотерапевтических приемов зависит от степени тяжести и характера ПВС, типа психологического конфликта, индивидуального адаптивного паттерна, возраста, особенностей личности и других факторов.

В терапии ПВС в настоящее время используют следующие группы препаратов: а) вегетотропные средства; б) антидепрессанты; в) транквилизаторы (бензодиазепины типичные и атипичные); г) малые нейролептики.

В лечении ПВС, учитывая преимущественно его психогенное происхождение, приоритет имеет психотропная терапия. Необходимо отметить, что применение любых психотропных средств целесообразно сочетать с вегетотропной терапией, т. к. комплексный подход существенно улучшает результаты лечения. Среди широко применяемых для данных целей средств – этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол), ингибитор свободнорадикальных процессов; пиридоксин (витамин B_6) является предшественником глутамата и ГАМК – главных нейротрансмиттеров в ЦНС, комбинированный препарат «Мекси В 6».

Крайне важно объяснять пациенту суть заболевания, при этом необходимо убеждать больного, что оно излечимо; объяснять происхождение симптомов, взаимосвязь их с психическими нарушениями; убеждать в отсутствии органического заболевания (после тщательного обследования). Необходимо рекомендовать регулярные физические упражнения, прекращение курения, уменьшение употребления кофе и алкоголя.

Индивидуальный подбор препаратов в сочетании с психотерапией и социальной адаптацией позволяют сегодня успешно справляться с таким распространенным и социально дезадаптирующим страданием, как ПВС.

▸ Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. В.Л. Голубева. М., 2009; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1994; *Fahrenberg J., Delius L.* Psychovegetative Syndrome. GeorgThiemeVerlag, 1966

Е.А. Корабельникова

Психогении (греч. psyche — душа и gemao — порождаю) — расстройства психики, возникающие под влиянием психических травм. П. возникают в связи с одномоментной, интенсивно воздействующей психотравмирующей ситуацией или могут быть результатом относительно слабого, но продолжительного травмирования. В возникновении П. существенную роль играет определенная готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы и личностных черт.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Психоделические состояния — изменения сознания, вызываемые введением в организм психоделиков. Для П. с. наряду с физическими симптомами (слезоточивостью, тошнотой, ознобом и т. д.) характерны и серьезные психические изменения: а) галлюцинации в виде вспышек света, геометрических фигур, трансформаций окружающего; б) сверхчувствительность к звукам, акустические иллюзии; в) изменения в ощущениях собственного тела; г) временные и пространственные искажения («остановка» или «ускорение» времени, повторное переживание эпизодов прошлого, неправильная оценка размеров объектов, потеря перспективы, ощущение «растворения» в пространстве); д) эмоциональные изменения (для здоровых типичны приподнятое настроение, немотивированный смех, умиротворение; для больных — отрицательные эмоции); е) нарушения мышления и памяти (ускорение или замедление умственных процессов, иллюзорная интерпретация событий); ж) психомоторные расстройства. Систематически возобновляющиеся П. с. обычно приводят к глубоким изменениям личности, имеющим деструктивный характер и опасные социальные последствия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.А. Елисеев

Психозы (греч. psyche — душа) — общее обозначение тяжелых психических расстройств, характерными признаками которых являются неадекватное восприятие реальности и дезорганизация личности. Относительно этой группы пациентов на протяжении длительного периода времени применялось латинское определение «non compos mentis», русским аналогом которого являются понятия «сумасшедший», «умалишенный» и «невменяемый». В этом состоит главное отличие психоза от невроза, при котором здравый ум пациента никогда не ставится под сомнение. Дополнительным дифференциально-диагностическим фактором является отсутствие у психотического пациента критического восприятия своего состояния и осознания, что его психическое функционирование нарушено, в то время как при неврозе личность, как правило, испытывает дискомфорт от имеющихся симптомов. Обычно критериями диагностики П. считают: грубые ошибки в отражении действительности (галлюцинации, бред, нарушение сознания), отсутствие понимания болезни (нарушение критики), нелепое и опасное поведение (возбуждение, ступор, агрессия, суицидальные действия). Расстройство сопровождается утратой способности отличить реальность от фантазии, проявления болезни от здоровых переживаний.

В большинстве случаев при психозе повреждаются лишь отдельные психические функции. Это

означает, что при обсуждении всех вопросов, выходящих за рамки темы болезненных переживаний, психотические больные проявляют обычные для здоровых людей способности к общению. Для поддержания продуктивного общения следует избегать осуждения и спора в отношении болезненных переживаний, поскольку переубеждение без лекарственного лечения при психозе почти всегда неэффективно и вызывает только усиление недоверия и страха у больного.

К П. относят самые различные заболевания: шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, алкогольный делирий, тяжелые психические расстройства вследствие эпилепсии, травм, соматических заболеваний, интоксикаций и психологического стресса. Выделяют острые и хронические П. Лечение острых П. следует проводить только в условиях психиатрического стационара в связи с высокой вероятностью социально опасных действий (агрессия, суицид, отказ от приема пищи и пр.). Прогноз при острых П. обычно благоприятный; во многих случаях с помощью лекарств удается добиться выздоровления или ремиссии. Лечение хронических П. можно проводить амбулаторно; лекарственное лечение позволяет существенно улучшить адаптацию больных. Психотерапия при лечении П. малоэффективна, используется только как дополнительный метод на этапе реабилитации. В соответствии с законом РФ диагностику и лечение П. может проводить врач-психиатр.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников, Ю.Г. Тюльпин

Психоорганический синдром — снижение уровня личности, выражающееся в сужении круга интересов, некоторой пассивности, аффективной лабильности, психомоторной заторможенности или же грубости. Описан Э. Блейлером в 1911 году. П. с. возникает при органических поражениях ЦНС любого генеза: травматического, токсико-инфекционного и пр. При П. с. снижена способность к концентрации внимания, отмечается повышенная рассеянность. Ассоциативные процессы несколько обеднены и замедленны, наблюдаются персеверации, аффективная лабильность с преобладанием в некоторых случаях эйфоричности, а в других — депрессивности. Очень часто отмечаются явления астенизации, особенно с раздражительной слабостью. В некоторых случаях — снижение влечений. Одновременно — выраженная вазовегетативная лабильность. Часто — головные боли, головокружения, метеопатия, плохая переносимость жары и духоты, езды в транспорте, мелькания кадров и света при просмотре кино- и телефильмов, предменструальный синдром. Плохая переносимость алкоголя, к которому, несмотря на это, быстро образуется привыкание. Для более тяжелых форм органического поражения головного мозга характерна триада Вальтер-Бюэля: 1) ослабление памяти; 2) ухудшение понимания; 3) аффективность, несдержанность. Возможны очаговые церебральные расстройства (афазия, агнозия, параличи и др.), адинамия, апатия и др. В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных симптомов в рамках П. с. выделяют такие варианты, как астенический, энцефалопатический, психопатоподобный, эпилептиформный, шизо- или эндоформный и дефицитарный. В общий комплекс лечебных мероприятий при психоорганических расстройствах наряду с дегидрационной, рассасывающей, противовоспалительной и психофармакологической терапией обязательно входит и психотерапия. Так, гипнотерапия, как и все другие виды суггестивной психотерапии, может успешно применяться для снятия неврозоподобной симптоматики, нарушений сна и аппетита, снижения настроения, расстройств памяти, внимания, умственной работоспособности. Большое значение имеет психотерапия в группе, особенно в форме «лечебной перспективы».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Психопатические характеры (psyche — душа и pathos — страдание) — патология, при которой в характере человека наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

П. х. возникают как следствие: 1) заболевания (травмы головного мозга, инфекции, интоксикации, психотравмы и т. д.); 2) врожденной неполно-

ценности нервной системы, вызванной факторами наследственности, вредностями, воздействующими на плод, родовой травмой и т. д. Такие П. х., называемые конституциональными, или истинными, проявляются уже в детском возрасте в виде нарушений эмоционально-волевой сферы, при этом интеллект может быть относительно сохранным. Степень выраженности П. х. во взрослом возрасте зависит от условий воспитания и влияния окружающей среды.

Проявления П. х. разнообразны. Несмотря на редкость чистых типов и преобладание смешанных форм, принято выделять следующие классические типы П. х. (Ганнушкин П.Б.): 1) циклоиды, основной признак которых – постоянная смена настроения с колебаниями цикла от нескольких часов до нескольких месяцев; 2) шизоиды, для которых характерен уход от контактов, замкнутость, скрытность, легкая ранимость, отсутствие эмпатии, угловатость движений; 3) эпилептоиды, основной признак которых – крайняя раздражительность с приступами тоски, страха, гнева, нетерпеливость, упрямство, обидчивость, жестокость, склонность к скандалам; 4) астеники, которым свойственна повышенная впечатлительность, психическая возбудимость, сочетающаяся с быстрой истощаемостью, раздражительность, нерешительность; 5) психастеники – тревожные, не уверенные в себе, склонные к постоянным раздумьям, патологическим сомнениям; 6) паранойяльные П. х. – склонны к образованию сверхценных идей, упрямы, эгоистичны, отличаются отсутствием сомнений, уверенностью в себе и завышенной самооценкой; 7) истерические П. х. – проявляются в стремлении во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих, при этом оценка ими реальных событий всегда искажена в благоприятную для них сторону; в общении манерны, театральны; 8) неустойчивые П. х. – основные признаки: слабохарактерность, отсутствие глубоких интересов, податливость влиянию окружающих; 9) органические П. х. – отличаются врожденной умственной ограниченностью, могут хорошо учиться, но бесплодны, когда нужно применить знания или проявить инициативу, умеют «держать себя в обществе», но банальны в суждениях.

Четкой границы между П. х. и вариантами нормальных характеров не существует. Указанным типам П. х. в норме соответствуют натуры с подобным характерологическим складом, но без патопсихологической выраженности. Под влиянием болезни или психотравм у людей с П. х. могут возникать острые и затяжные реактивные и невротические состояния, а также депрессии. В профилактике П. х. большое значение имеют адекватное воспитание, психотерапевтическое и фармакологическое лечение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Психопатия (греч. psyche – душа и pathos – страдание, болезнь) – патологическое состояние личности, проявляющееся ее общей дисгармонией, выраженной в такой степени, что это приводит к нарушениям межличностного общения и социальной адаптации человека во многих сферах его жизни. Синоним: расстройство личности. К типичным проявлениям П. относят неумение управлять эмоциями (вспыльчивость, неоправданный оптимизм или пессимизм, подозрительность), слабость воли и расторможенность влечений (леность, нетерпеливость, склонность к употреблению алкоголя и наркотиков, гиперсексуальность, подверженность асоциальному влиянию), опасные и нецелесообразные поступки (агрессия, уход из дома, бессмысленное воровство, насилие или чрезвычайная замкнутость, отказ от контактов с людьми), неверную самооценку. Описанные свойства личности развиваются в детстве и стойко сохраняются в течение всей жизни без существенных изменений. От психических заболеваний П. отличается отсутствием выраженной положительной или отрицательной динамики. П. считают фактором, предрасполагающим ко многим психическим заболеваниям (неврозы, алкоголизм, наркомании, депрессия и пр.), суициду и уголовным преступлениям. Общепризнанной классификации П. нет, обычно выделяют: параноидальную (склонность к сверхценным идеям), шизоидную (замкнутость), истерическую (демонстративность), неустойчивую (безволие), возбудимую (вспыльчивость), психастению (тревожность и педантизм), астеническую (утомляемость и зависимость). Причинами формирования П. считают наследуемые и приобретенные в раннем детстве особенности конституции, а также влияние микросоциального окружения и неправильное воспитание (гипер- и гипоопека). Глубинная психотерапия (особенно групповая) в сочетании с психотропными

средствами применяется для коррекции поведения и улучшения адаптации. В соответствии с законом РФ диагностику П. проводит врач-психиатр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.Г. Тюльпин

Психопатия перверзная (парафилии) (греч. para — рядом, вблизи и philia — любовь, склонность) — половые извращения (сексуальные перверзии). В этом случае речь идет о патологии полового чувства, при котором сексуальное удовлетворение достигается неестественным (противоестественным) способом или в сочетании с дополнительными раздражителями. Предполагалось, что эти расстройства обусловлены конституционально, в связи с чем и рассматривались как одно из проявлений психопатий, несмотря на то что собственно личностная измененность могла быть и незаметной. Однако в дальнейшем выяснилось, что сексуальные перверзии могут иметь место и у психопатизированных личностей (психопатоподобные или псевдопсихопатические расстройства вследствие шизофрении, органических поражений ЦНС), при глубокой деменции и других психических расстройствах, но также и у лиц, не имеющих психических расстройств, — при половой импотенции, при отсутствии возможности естественных половых сношений.

В том случае, если половое влечение постоянно реализуется извращенным способом, замещает нормальную половую жизнь и предоставляет единственную возможность полового удовлетворения, перверзии называют истинными; в случаях, когда удовлетворение сексуальных влечений извращенным путем происходит лишь из-за объективных препятствий, речь идет о псевдоперверзиях.

В этиологии и патогенезе сексуальных перверзий значимы как наследственно-конституциональные, биологические (в том числе эндокринные), так и психогенные и социальные факторы. В рамках «расстройств зрелой личности и поведения у взрослых» в настоящее время (Международная классификация болезней: 10-й пересмотр. СПб., 1994) выделяют: 1) психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией; 2) расстройства половой идентификации; 3) расстройства сексуального предпочтения (парафилии).

В первую из этих групп входят: а) расстройство полового созревания (пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или сексуальной ориентации, что приводит к тревоге или депрессии); б) эгодистоническая сексуальная ориентация (пациент не удовлетворен своей половой принадлежностью или сексуальным предпочтением и может искать лечение с целью его изменения); в) расстройство сексуальных отношений (нарушения половой принадлежности или сексуального предпочтения вызывают трудности в формировании или обеспечении отношений с сексуальным партнером).

Во вторую группу входят: а) транссексуализм (желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, длящееся не менее двух лет); б) трансвестизм двойной роли (ношение одежды противоположного пола с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу); в) расстройство половой идентификации у детей, впервые появляющееся в раннем детстве, характеризующееся постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать или убежденностью в принадлежности к противоположному полу; чаще это расстройство отмечается у мальчиков. Откровенное женское поведение может уменьшаться в период ранней юности, но в $^{1}/_{3}$–$^{2}/_{3}$ наблюдений в юношеском возрасте и позже у мальчиков с расстройством половой идентификации проявляется гомосексуальная ориентация. Большинство девочек после достижения юношеского возраста отказывается от преувеличенной настойчивости в мужских видах деятельности и одежде, но у некоторых из них сохраняется мужская идентификация и может проявиться гомосексуальная ориентация.

В третью группу включаются: а) фетишизм (использование какого-либо неодушевленного предмета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения, встречающееся почти исключительно у мужчин); б) фетишистский трансвестизм (надевание одежды противоположного пола для достижения сексуального возбуждения); в) эксгибиционизм (периодическая или постоянная наклонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям; обычно, но

не всегда, во время демонстрации имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией); г) вуайеризм (периодическая или постоянная наклонность тайком наблюдать за занимающимися сексом или раздевающимися; обычно это приводит к половому возбуждению и оргазму); д) педофилия (сексуальное предпочтение детям, преимущественно встречающееся у мужчин, в том числе и у тех, которые, предпочитая взрослых сексуальных партнеров, из-за постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов привычно обращаются к детям, своим или чужим, в качестве замены); е) сходная с педофилией по модусу сексуального поведения эфебофилия (влечение к подросткам, наблюдающееся у лиц как мужского, так и женского пола); ж) садомазохизм (предпочтение сексуальной активности, включающей в себя причинение боли или унижение; если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции, это называется мазохизмом — пассивной альголагнией; если же он предпочитает быть ее источником — садизмом (по имени французского писателя де Сада, который описал это извращение), активной альголагнией; часто индивидуум получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и мазохистической активности (при этих извращениях возможны как гетеро-, так и гомосексуальная направленность, сочетание с другими парафилиями — педофилией, зоофилией); з) множественные расстройства сексуального предпочтения (наиболее частое сочетание фетишизма, трансвестизма и садомазохизма); и) в числе других расстройств сексуального предпочтения рассматриваются фроттеризм (прикосновение к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции); к) скотоложество (зоофилия — сексуальные действия с животными; в большинстве случаев оказывающаяся псевдоперверзией); л) некрофилия (половое влечение к трупам, формирующееся главным образом у психически больных или лиц с тяжелыми врожденными психическими аномалиями); м) нарциссизм (аутофилия, аутоэротизм, аутомоносексуализм) — половое влечение к собственному телу, самовлюбленность.

Лечение сексуальных перверзий имеет целью формирование нормального полового влечения и дифференцируется в зависимости от типа и причин парафилии. Лечение комплексное, включающее социально-педагогические мероприятия, различные виды психотерапии, а при необходимости медикаменты и другие виды лечебного воздействия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Психопатология подросткового возраста — нарушение психического развития в период отрочества (13–16 лет). В зависимости от уровня и качества нарушения различают три основные его формы: психический криз созревания, дисгармонически и патологически протекающий пубертат. Первый из них ограничивается заострением пубертатных психологических особенностей (карикатурное стремление к самоутверждению, черствость и жестокость, упрямство и оппозиционность, непримиримый максимализм в оценках и решениях и пр.), которые могут выступать как единственное психическое отклонение или входить в структуру более сложных клинических картин. Дисгармонический психологический криз охватывает сферу парциальных (частичных) личностных нарушений и клинически оформляется в виде пубертатных патохарактерологических, психопатических и психопатоподобных синдромов. Наибольшего внимания, в связи с его клинической значимостью, заслуживает патологический психологический криз, который может выступать в двух вариантах: 1) гебоидные (юношеские) состояния (Кальбаум К., 1884); 2) собственно патологический психологический криз.

Обобщенная характеристика П. п. в. при простых гебоидных состояниях включает проявления психического криза, астенический симптомокомплекс, эмоциональную извращенность и нарушения влечений. Клиническая картина включает выраженный инфантильный эгоцентризм, гротескное стремление к самоутверждению с грубой оппозицией к окружающему, полное игнорирование нравственных норм и ценностей, изощренную жестокость с садистскими проявлениями, отсутствие чувства жалости и сострадания («моральный дальтонизм»), склонность к импульсивной агрессии, отсутствие чувства долга, ответственности, интереса к продуктивной положительной деятельности при усиленном патологическом интересе ко всему, что связано с насилием, кровавыми расправами, убийствами, истязанием. К этому же ряду относятся

нарушения поведения, отражающие эти особенности психики: расторможенность влечений, примитивное гедонистическое мотивирование своих поступков, стремление к немедленной реализации сиюминутных побуждений, что определяет частоту общественно опасных действий и выделение понятия «криминальный гебоид». Сексуальная расторможенность у гебоидов бывает выражена очень интенсивно и нередко сопряжена со своеобразной охваченностью сексуальными переживаниями. Однако чаще речь идет не о повышенном сексуальном влечении, а об иных механизмах по типу нарушения волевых функций или так называемого инфантильного коллекционирования, сверхценном стремлении к самоутверждению, жажде власти. Такой тип сексуального поведения особенно характерен для лиц женского пола и нередко является преобладающим в клинической картине. Нарушения влечений касаются не только сексуальной сферы, они являются полиморфными.

Второй вариант (собственно патологический подростковый криз), несмотря на сходство с гебоидными состояниями, значительно отличается от них. Основное место в клинической картине занимают пубертатные психопатологические личностные синдромы, а также утрированные проявления психологического криза созревания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.А. Гурьева

Психосенсорные (сенсорные) расстройства (греч. psyche — душа, лат. sensorium — аппарат, воспринимающий ощущения, сознание, «орган сознания») — следствие нарушения сенсорного синтеза, приводящее к искажению сложных восприятий внешнего мира и собственного тела при сохранности ощущений, получаемых непосредственно органами чувств. Описаны отечественным психиатром М.О. Гуревичем (1933, 1936). По М.О. Гуревичу, П. р. отличаются от других форм расстройств восприятий (Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. М.,1948). От агнозий они отличаются тем, что при них не нарушено узнавание; от галлюцинаций — тем, что при последних отсутствует реальный объект восприятия; от иллюзий — тем, что при последних нарушается узнавание, но иллюзорные ошибки легко исправляются в противоположность психосенсорным, при которых предметы хотя узнаются, но в искаженном виде. Отличаются П. р. и от простых сенсорных нарушений, при которых наблюдаются явления выпадения или раздражения, но не извращение в результате дезинтеграции, снижения на низшую ступень. При дезинтеграции психосенсорных функций не только нарушаются эти синтетические формы восприятия, но, кроме этого, выявляются патологические феномены распада в виде искаженных компонентов, входящих в состав нарушенной высшей функции. Происходит искажение и нарушение полноты восприятия объектов без нарушения их идентификации, т. е. при правильном узнавании и, как правило, сохраненном критическом отношении. Вследствие выпадения того или иного компонента восприятий (эмоционального, цветового, пространственного, временного) возникают различные деперсонализационные (касающиеся восприятия себя и своего тела) и дереализационные (касающиеся восприятия окружающего) симптомы. К ним относятся: общая деперсонализация — чувство измененности своего «Я», общая дереализация — чувство отчужденности окружающего, микро- и макропсия — восприятие предметов уменьшенными или увеличенными, метаморфопсия — восприятие в искаженной форме, расстройство «схемы тела» — искажение ощущения формы и величины своего тела или отдельных его частей, ксантопсия — восприятие в желтом свете, эритропсия — в красном свете, а также нарушения ощущения пространства, времени, массы своего тела и т. д. Симптомы уже виденного, услышанного, пережитого — разновидность П. р., состоящая в чувстве знакомости впервые переживаемого в результате нарушения целостности восприятия и времени (в отечественной литературе получили распространение французские наименования этих феноменов: соответственно déjà vu, déjà entendu, déjà vecu). Противоположное состояние — никогда не виденного, не слышанного, не переживаемого (jamais vu, entendu, vecu) — состоит в чувстве новизны при очевидно повторных восприятиях или переживаниях. Нередко П. р. выступают как компонент психоорганического синдрома, а их совокупность в виде нарушений схемы тела и метаморфопсий, развитие которых приводит к деперсонализации и дереализации, получило известность как интерпариетальный синдром М.О. Гуревича (1933). К числу психосенсорных при-

ступов, рассматриваемых как близкие к эпилепсии, относят мигренозные атаки, меньероподобные приступы, пупочные колики у детей.

П. р. обычно развиваются пароксизмально, причем дезинтеграция в большинстве случаев заканчивается реинтеграцией, восстанавливающей функцию восприятия. Эти расстройства являются следствием местных органических поражений или же функциональных нарушений крово- и ликворообращения. Они наблюдаются при различных органических заболеваниях ЦНС: эпидемическом энцефалите, эпилепсии, арахноидите, опухоли, сифилисе, а также параорганических расстройствах при шизофрении.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.Я. Гиндикин

Психофизиология локальных поражений головного мозга (в нейропсихологии) — направление в психофизиологии, возникшее на стыке психофизиологии и нейропсихологии; изучает физиологические механизмы нарушений высших психических функций у больных с локальными поражениями мозга. Нарушения высших психических функций (речи, различных видов восприятия, памяти, произвольных движений и действий и др.) обусловлены расстройствами физиологических процессов в пораженных участках мозга и всего полушария или обоих полушарий в целом. Изучение этих физиологических процессов (т. е. физиологических механизмов нарушения речевых и неречевых функций) и составляет основную задачу П. л. п. г. м.

П. л. п. г. м. изучает также физиологические механизмы нейропсихологических синдромов в целом, обусловленных нарушением общих звеньев нескольких функциональных систем. П. л. п. г. м. использует современные электрофизиологические методы исследования: анализ спектра ЭЭГ, пространственной синхронизации биопотенциалов, сверхмедленной биоэлектрической активности, вызванных потенциалов и др. Основным методическим приемом, используемым в П. л. п. г. м., является сравнительное изучение биоэлектрических процессов, характеризующих состояние покоя и определенной психической деятельности (типа решения гностических, мнестических, интеллектуальных задач и т. п.), что позволяет выделить характерные физиологические изменения, достоверно коррелирующие с нарушениями высших психических функций.

Исследования в области П. л. п. г. м. показали, что расстройства психических процессов (внимания, памяти, восприятия, произвольных движений, эмоциональных реакций и др.) достоверно коррелируют с различными нарушениями физиологических процессов и прежде всего с расстройствами в протекании процессов неспецифической активации — генерализованных и локальных. Генерализованные процессы неспецифической активации, сопровождающие включение в деятельность, нарушаются при поражении нижних отделов ствола мозга, среднего мозга, диэнцефальной области лимбических образований, что приводит к изменениям динамики протекания всех психических функций и обусловливает характерные для этих поражений модально-неспецифические расстройства памяти и внимания. Локальные избирательные изменения биоэлектрической активности мозга, характерные для протекания психических функций в норме, проявляющиеся только в определенных областях коры больших полушарий и связанные со спецификой выполняемой психической деятельности, нарушаются при поражении корковых отделов неспецифических срединных структур (медиобазальных отделов лобных и височных долей мозга). Поражение этих отделов мозга ведет к расстройству селективности, избирательности протекания психических процессов, к нарушениям произвольной организации психической деятельности, ее речевой регуляции.

Изучение физиологических механизмов нарушений высших психических функций подтверждает современные представления о системной организации физиологических процессов, лежащих в основе психических функций, и вносит тем самым вклад в разработку психофизической проблемы. Практическое значение П. л. п. г. м. состоит в разработке методов диагностики локальных поражений мозга и оценке динамики дооперационного и послеоперационного состояния больного.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Е.Д. Хомская

Развитие личности (аномальное) — хронические изменения личности, не связанные с повреждением

или заболеванием мозга. Р. л. (а.) включает расстройства личности и поведения, развившиеся в результате неблагоприятных воздействий, заведомо неадекватного воспитания, катастрофических или чрезмерно продолжительных стрессов.

В том случае, если речь идет о становлении психопатии, процесс ее формирования под влиянием неблагоприятных внешних воздействий называется патохарактерологическим развитием. Личностные изменения, возникающие вследствие длительных неврозов, реактивных состояний или тяжелых и длительных психогений, рассматривают в рамках соответственно невротического, постреактивного и психогенного развития (Фелинская Н.И., 1961, 1968; Лакосина Н.Д., 1961, 1970; Гурьева В.А., 1963, 1968). Подчеркивается, что динамические нарушения, приобретенные под влиянием неблагоприятных микросоциально-средовых факторов, обладают тенденцией к переходу в более или менее стойкие патологические изменения характера и личности в целом. При этом, в отличие от Р. л. (а.) у взрослых, в основе патохарактерологического, постреактивного и психогенного развития личности у детей и подростков лежит изменение формирования незрелой личности в сторону психопатии, а не патологический сдвиг уже сформированной личности. Важное дифференциально-диагностическое и лечебно-профилактическое значение имеет то обстоятельство, что при Р. л. (а.) возможна приостановка и даже регредиентная динамика, начиная с любого этапа: отсутствие биологических предпосылок обусловливает возможность под воздействием благоприятных условий уменьшения и исчезновения приобретенных психопатических свойств личности («депсихопатизация» по О.В. Кербикову).

Преморбидно интактная (не имеющая психопатических особенностей) взрослая личность вследствие затяжного и тяжелого невроза после этапа невротической депрессии может претерпеть весьма существенные изменения, все более приближающиеся к «краевой» психопатии. Процесс деформирования личности вследствие тяжелого невроза называется невротическим Р. л. (а.). Критериями дифференциации затяжного невроза и невротического Р. л. (а.) являются: 1) большая длительность течения болезни (не менее 5 лет) и большая тяжесть психической травмы, которая затрагивает основные интересы личности; 2) отсутствие заметного улучшения в течение 1–2 лет после нормализации условий жизни; 3) ослабление эмоциональных нарушений, связанных с ситуацией, и появление хронических расстройств настроения, которые определяются не психической травмой, а состоянием больных; 4) полисиндромность; особое значение имеет появление ипохондрического и истерического синдромов, а также психопатических черт характера; 5) большая стабильность клинической картины, отсутствие длительных улучшений; 6) повышенная восприимчивость больных к разнообразным вредностям (повторные психогении, переутомление, инфекции); длительные ухудшения состояния после воздействия даже незначительных дополнительных вредностей (Королев В.В., 1967).

В том случае, если в основе развития лежит какая-либо особенность преморбидной личности взрослого больного (мнительность, подозрительность, ипохондричность), а само оно приобретает сверхценный или бредовый характер, говорят о патологическом развитии личности с выделением обычно ипохондрического, сенситивного или сутяжно-паранойяльного вариантов. В процессе патологического развития личности нередко формируются паранойяльные состояния с бредом ревности, ущерба, величия, ипохондрическим бредом и др. (Печерникова Т.П.,1969; и др.).

В современной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10/ICD-10, 1994) выделено «хроническое изменение личности после переживания катастрофы», включающее изменения личности после столь тяжелого стресса, что исчезает необходимость учитывать индивидуальную уязвимость для объяснения его глубокого воздействия на личность (пребывание в концентрационных лагерях, пытки, стихийные бедствия, положение заложника и т. п.). Изменения личности в этом варианте хронические и проявляются ригидными и дезадаптирующими признаками, приводящими к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании. Диагностическое значение имеют не наблюдавшиеся ранее у больного: а) враждебное или недоверчивое отношение к миру; б) социальная отгороженность; в) ощущения опустошенности и безнадежности; г) хроническое чувство волнения, ощущение постоянной угрозы, существования «на грани».

В лечении решающую роль играет нормализация средовых воздействий, купирование стрессовой ситуации. Чрезвычайно важна роль психотерапии, в частности направленной на тренировку личностного реагирования в индивидуально непереносимых условиях. Широко используются психотропные средства (Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1984; Братусь Б.С., 1988).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Развитие психосексуальное — один из компонентов в структуре сексуального развития человека.

В онтогенезе сексуальности выделяют три составляющие: 1) соматосексуальное развитие — последовательные возрастные физиологические изменения в организме человека, отвечающие за сексуальное поведение; 2) психосексуальное развитие — психологические изменения в процессе развития сексуальности, регулирующие процесс формирования полового самосознания, полоролевого поведения, психосексуальных ориентаций и предпочтений; 3) социосексуальное развитие — половая социализация индивида, отвечающая за формирование гендерной идентичности, репертуара гендерных сценариев и ролей, реализацию стратегий поведения в области взаимоотношений и сексуальности. Все элементы сексуального развития человека взаимосвязаны и взаимозависимы между собой.

Г.С. Васильченко, В.М. Маслов и И.Л. Ботнева разработали концепцию поэтапности психосексуального развития, выделяя в нем три основных этапа, а также ряд фаз и стадий внутри каждого из этапов в зависимости от возрастного периода развития индивида. 1. Первый этап: формирование полового самосознания — в первой фазе происходит осознание собственной половой принадлежности и пола других людей, а во второй фазе — закрепление этой установки за счет познавательной деятельности, направленной на изучение половых признаков (этап длится с рождения до 2–5 лет).

2. Второй этап: формирование половой роли в соответствии со своим полом — на первой фазе вырабатываются полоролевые установки, а во время второй фазы происходит научение полоролевому поведению в игровой деятельности (этап продолжается с 2–5 до 7–10 лет).

3. Третий этап: формирование психосексуальных ориентаций, определяющих выбор сексуальных объектов и формы реализации сексуального влечения, — в рамках этого этапа выделяются 3 основные стадии: а) формирование платонического либидо, где в первой фазе возникают платонические мечты и фантазии, а во второй — начинаются платоническое общение и ухаживания за объектом влечения (7–10 лет); б) формирование эротического либидо — в первую фазу появляются эротические фантазии, во второй — происходит их реализация за счет эротических ласк и игр (11–15 лет); в) формирование сексуального либидо — во время первой фазы происходит возникновение сексуальных фантазий, а во вторую фазу эти фантазии реализуются путем начала половой жизни (16–20 лет). В случае успешного прохождения всех этапов и реализации функций, соответствующих им, человек достигает этапа зрелой сексуальности с регулярной половой жизнью, продолжающегося на протяжении всей его оставшейся жизни до наступления инволюционного периода (снижение сексуальной активности вследствие физиологических и психологических изменений, связанных с процессом старения).

Понимание последовательного поэтапного течения психосексуального развития человека и возрастных норм, соответствующих каждому из этапов, позволяет специалисту, работающему в области сексуальных расстройств, определить, в какой период произошла задержка развития, и подобрать максимально эффективные методы коррекции для каждого конкретного случая. Чем раньше произошел сбой в психосексуальном развитии, тем более серьезными и сложными для коррекции будут последствия в связи с нарушением большего количества сфер сексуального поведения.

Центральное влияние на течение процесса индивидуального психосексуального развития оказывает социальная среда ребенка, а именно общественные нормы, принятые в его окружении (в семье, школе, различных коллективах и компаниях), а также СМИ (телевидение, радио, литература и др.).

▸ *Доморацкий В.А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический проект; Культура, 2009; *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002

А.В. Чалова

Развратные действия (ст. 135 УК РФ) — понятие в УК РФ не определено, хотя изначально (в УК РФ 1996 г.) было предусмотрено наказание за совершение развратных действий в отношении лица, не достигшего 14 лет, т. е. малолетнего. Неопределенность понятия затрудняет проведение психолого-судебной экспертизы.

В отличие от других преступлений «развратные действия», являясь преступлением неопределенного содержания и неопределенного характера, не предполагают и однозначного понимания объективной стороны этого преступления. Все определения понятия «Р. д.» на сегодняшний день далеки от совершенства, являются не законом, а частным мнением комментатора.

Возраст согласия на все добровольные сексуальные действия 8 декабря 2003 г. подняли с 14 до 16 лет, в том числе и предусмотренные ст. 135 УК РФ. Однако в соответствии со ст. 20 УК РФ субъектом преступления может быть лицо, достигшее 16-летнего возраста. Образовалась ситуация, в которой стало возможным привлечь к уголовной ответственности 16-летнее лицо за развратные действия в отношении 15-летней сверстницы или 15-летнего сверстника. Данную ситуацию законодатели исправили через полгода, повысив возраст субъекта преступления до 18 лет, но в результате этого возникла новая коллизия: 17-летние (и более младшие) юноши или девушки могут безнаказанно совершать любые ненасильственные сексуальные действия в отношении малолетних лиц любого возраста.

По УК РФ, Р. д. можно совершить только с прямым умыслом. Принятая во многих семьях практика обнажения родителей перед детьми вряд ли является преступной, равно как и приобщение малолетних детей к произведениям классического эротического искусства (например, к произведениям Овидия, к практически всей античной литературе, некоторым сочинениям Пушкина, Лермонтова и других классиков отечественной литературы, изобразительного искусства, которые некоторыми воспринимаются как порнография).

Но однозначно считается, что Р. д. могут выражаться в умышленной демонстрации малолетнему лицу полового акта, способов полового самоудовлетворения, в соответствующих ласках половых органов малолетнего или в привлечении малолетнего к ласкам половых органов развратителя, достигшего 18-летнего возраста.

Судебная практика ранее признавала в качестве Р. д. и «ведение бесед грубо сексуального характера». Но различные люди по разным причинам (уровень образования, культуры, в том числе и сексуальной, полученное воспитание и т. п.) обычно имеют свои, индивидуальные представления о грубости в беседе (понятие чрезвычайно субъективное).

В научной литературе существовали различные точки зрения на то, что следует считать Р. д.: действия, носящие только физический характер, или же интеллектуальные способы развращения. Действительно, деструктивные умственные манипуляции «искусителя» с зачатками нравственности малолетнего, скорее всего, оказывают не менее, а более деструктивное влияние, чем механические манипуляции с его половыми органами. Доказуемость таких манипуляций еще более проблематична, чем доказуемость физических контактов. К наиболее распространенному средству интеллектуального развращения обычно относят порнопродукцию, а к способам — ее демонстрацию и проведение соответствующих «циничных» (субъективная оценочная категория) бесед. Проще было бы принять норму закона, запрещающую демонстрацию порнопродукции ребенку, не достигшему определенного возраста, а также предусматривающую наказание за действия, специально облегчающие доступ ребенка к порнографии.

Половое образование в нашей стране иногда уголовно наказуемо. Для вменения состава преступления, предусмотренного ст. 135 УК РФ, не играет роли наличие или отсутствие какого-либо сексуального опыта у лица, в отношении которого совершены Р. д. Ведущую роль играет установленный законом возраст: если потерпевшему (потерпевшей) менее 12 лет, то деяние квалифицируется в соответствии со ст. 132 УК РФ — «насильственные действия сексуального характера».

Имеется прямая зависимость между злоупотреблением алкоголем и Р. д. Половина Р. д. совершается преступниками в состоянии алкогольного опьянения; при этом в некоторых случаях преступник до состояния опьянения доводит и жертву. Иногда преступник пользуется изначальным опьянением жертвы. Это необходимо учитывать, решая вопрос об ответственности за доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения.

Нередко в процессе начала сексуальных взаимодействий взрослого с ребенком встречается

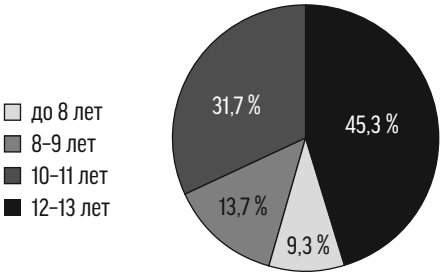

Рис. 1. Возраст потерпевших в момент совершения с ними развратных действий (по данным анонимного опроса)

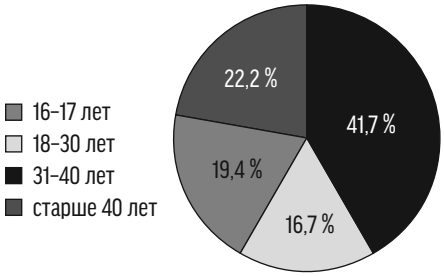

Рис 2. Возраст лиц в момент совершения ими развратных действий (по данным анонимного опроса)

использование порноматериалов, что позволяет заинтересовать ребенка и достаточно легко добиться его сексуального возбуждения. Порнография с участием детей может быть направлена виновным на то, чтобы убедить ребенка, что сексуальные действия взрослых по отношению к детям социально приемлемы.

Обнажение человека в общественном месте перед малолетними детьми, если это обнажение носило характер нарушения общественного порядка, попрания норм морали и виновный не преследовал цель удовлетворения своей половой страсти или возбуждения «полового инстинкта» малолетнего, развратных действий не образует. В таких случаях ответственность может наступать в соответствии со статьями КоАП РФ. Обнажение в рамках нудистского отдыха в России, как и во многих других странах, правонарушением вовсе не является. В последние десятилетия в культуре Запада все возрастает и распространяется явление, получившее название натуризм, основная идея которого — слияние человека с природой для оздоровления души и тела. Нудизм, проявляющийся загоранием и купанием в обнаженном виде, исповедующий культ обнаженного тела, — составная часть натуризма. В настоящее время во многих странах, в том числе и в России, имеются общественные организации натуристов (нудистов), входящих в Международную федерацию натуристов (INF). Обычно нудизм — явление семейное, вовлечение в него родителями своих малолетних детей не преследует целей сексуального удовлетворения с ними. В российском законодательстве нет норм права, которые предусматривали бы ответственность за организацию нудистских пляжей. Обнажение человека в пределах нудистского пляжа или нудистского городка, среди себе подобных по взглядам людей, вне общества лиц с противоположными воззрениями не может считаться правонарушением ввиду иных норм морали, принятых среди натуристов (нудистов) относительно вопроса обнажения тела. Хулиганский мотив в таких действиях отсутствует.

По данным исследования латентной сексуальной преступности, для Р. д. наиболее криминогенным оказалось дневное время суток (58 % от общего числа Р. д.); утром совершалось 10 % Р. д., вечером — 30 %, а ночью — лишь 2 %. Средний возраст потерпевших лиц женского пола составил 9,8 года, а мужского пола — 11,5 года. Наиболее виктимный возрастной период — от 10 до 13 лет. Так, до наступления 10-летнего возраста Р. д. подверглось 23 % детей, остальные — позже.

Средний возраст лиц, совершивших Р. д., составил 32,7 года; их наибольшая преступная активность приходилась на возраст 30–40 лет (рис. 2).

Примечателен тот факт, что 48 % преступников были незнакомы ребенку. Родственники осуществляли Р. д. в трети случаев. 15 % преступников составляли малознакомые, а 6 % — знакомые ребенку лица.

▸ Статья 135 УК РФ; ФЗ от 27.07.2009 № 215ФЗ; от 27.12.2009 № 377ФЗ; от 29.02.2012 № 14ФЗ; от 28.12.2013 № 380ФЗ

Г.Б. Дерягин

Разорванность (шизофазия) (в психиатрии) — симптом нарушения мыслительного процесса, выражающийся в том, что речь больных наполняется случайными алогичными ассоциациями, так что, несмотря на сохранение грамматического строя,

она полностью лишается какого-либо смысла и содержания. Будучи в ясном сознании, несмотря на явную способность понимать речь собеседника, больные постоянно используют совершенно несочетаемые по смыслу слова и выражения, а вместо объяснений образуют все новые бессмысленные нагромождения слов. Разорванность настолько характерна для неблагоприятных малокурабельных вариантов шизофрении, что иногда ее называют шизофазией. Однако она также может быть результатом распада мыслительных процессов при атрофических заболеваниях мозга (болезнь Альцгеймера, сенильная деменция).

▸ *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991; *Bleuler E.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Репр. изд. 1993

Ю.Г. Тюльпин

Расстройства аффективные — группа психических расстройств, основные проявления которых связаны с нарушениями в эмоционально-аффективной сфере. В международной классификации к А. р. относятся депрессия (униполярное А. р.) и биполярное А.р., ранее обозначавшееся как «маниакально-депрессивный психоз». Во втором случае депрессивные эпизоды сочетаются с периодами маниакальных или гипоманиакальных состояний, длящихся от 2 недель до 4–5 месяцев.

В некоторых случаях к А. р. относят также интенсивные проявления неуместных эмоций, например страха, тревоги, злобы, ярости, восторженности или экстаза, при минимуме или даже отсутствии побуждающих к таким проявлениям факторов. Наиболее частым вариантом А. р. являются депрессии.

Термином «аффект» (лат. affectus — страсть, душевное волнение) обозначается внешнее выражение и внутреннее переживание сильных эмоций. В психоанализе выделяют следующее принципиальное различие между аффектами и эмоциями: аффекты характеризуются значительной энергетической нагрузкой и тем, что они всегда связаны с какими-то идеями или представлениями, а эмоции являются независимым и самоценным переживанием удовольствия или неудовольствия. Различают аффекты разрядки, которые сопровождают проявления влечений, и аффекты напряжения, связанные со сдерживанием реализации влечения. В целом понятие «аффект» применимо ко всем интенсивным эмоциональным «отзвукам» мощных переживаний.

З. Фрейд отмечал, что связь аффекта с представлениями не является устойчивой и необходимой; они могут отделяться друг от друга, и тогда аффект может проявляться в «чистом виде». Создателем психоанализа были описаны три варианта преобразования аффекта: 1) механизм обращения аффекта (характерен для конверсионной истерии), когда аффект «обращается» в симптом; 2) механизм смещения аффекта (проявляется при навязчивых состояниях), когда аффект смещается со значимых для психического конфликта представлений на менее значимые или связанные с ним символической связью; 3) механизм преобразования аффекта (при неврозе страха и меланхолии, т. е. депрессии), когда аффект проявляется недифференцируемым страхом или состоянием угнетенности.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Расстройства личности — группа расстройств личности, среди которых:

Психопатия (F60 по МКБ-10) — сформировавшийся в детстве и стойко сохраняющийся на протяжении жизни патологический дисгармоничный профиль личности, определяющий грубое нарушение межличностных отношений и выраженное ухудшение адаптации во многих сферах существования человека. В классических описаниях психопатий (Ганнушкин П.Б., 1933; Шнайдер К., 1950) ключевыми критериями диагностики признаются стабильность, отсутствие прогрессирования, нарушение сразу нескольких сфер психики (эмоции, воля, контроль над импульсами), отчетливая дезадаптация. Особенно заметно нарушение в межличностных отношениях и общении. Продуктивному общению и взаимодействию с людьми мешают эмоциональная неуравновешенность (взрывчатость, страх), отсутствие искренности (боязливость или лживость), слабость воли или парциальный инфантилизм. Интеллект и память обычно не нарушены.

Предполагается, что в возникновении психопатий существенную роль могут играть как генетически-конституциональные факторы, так и условия воспитания. Характерно патологически настойчивое использование одних и тех же дезадаптивных моделей поведения, стратегий преодоления и механизмов психологической защиты. Это становится основой периодических декомпенсаций в виде неразрешимых конфликтов, актов агрессии и самоагрессии, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, правонарушений, семейных дисгармоний. Полное излечение невозможно, для улучшения адаптации используется психотерапия (чаще групповая) и лекарственная коррекция.

Р. л. ананкастное (F60.5 по МКБ-10) – нарушение психического функционирования, при котором для личности становятся характерны: а) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности; б) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками; в) перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению решения задач; г) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям; д) повышенная педантичность и приверженность социальным условностям; е) ригидность и упрямство; ж) необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие все делали в точности, как и он сам, или неблагоразумное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям; з) появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Р. л. диссоциальное (асоциальное) (F60.2 по МКБ-10) – нарушение психического функционирования, при котором у личности патологически ослаблена воля, что приводит к безответственности, пренебрежению своими обязанностями и данными обещаниями. Жизнь строится на основе потребностей сегодняшнего дня без какой-либо оценки последствий своего поведения и без учета ранее принятого плана. Для оправдания своих действий часто прибегают ко лжи, перекладывают вину на других. При возникновении любых препятствий наблюдается либо полный отказ от действий, либо бурное выражение своего недовольства, проявление агрессивности. Типичные варианты декомпенсации – алкоголизм, употребление психоактивных веществ, мелкие и существенные правонарушения (обычно в составе группы). Диссоциальное Р. л. характеризуется: а) бессердечным равнодушием к чувствам других; б) грубой и стойкой позицией безответственности и пренебрежением социальными правилами и обязанностями; в) неспособностью поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении; г) крайне низкой толерантностью к фрустрациям, а также низким порогом разряда агрессии, включая насилие; д) неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания; е) выраженной склонностью обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

В качестве дополнительного признака может иметь место постоянная раздражительность. В детском и подростковом возрасте подтверждением диагноза может служить расстройство поведения, хотя оно и необязательно. При диагностике расстройства рекомендуется учитывать соотношение культуральных норм и региональных социальных условий для определения правил и обязанностей, которые игнорируются пациентом.

Р. л. зависимое (F60.7 по МКБ-10) – нарушение психического функционирования, при котором наблюдается патологическое нежелание принимать ответственность на себя, уверенность в своей некомпетентности, несостоятельности, беспомощности, нежизнестойкости; такие личности отличаются податливостью. Зависимое Р. л. характеризуют: а) стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни; б) подчинение собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент, и неадекватная податливость их желаниям; в) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости; г) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни; д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе; е) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

Р. л. истерическое (F60.4 по МКБ-10) – нарушение психического функционирования, при котором для личности становится характерно па-

тологически повышенное стремление находиться в центре внимания окружающих. Это стремление осуществляется через: а) самодраматизацию, театральность, преувеличенное выражение эмоций; б) внушаемость, легкое влияние окружающих или обстоятельств; в) поверхностность и лабильность эмоциональности; г) постоянное стремление к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельность, при которой пациент находится в центре внимания; д) неадекватную обольстительность во внешнем виде и поведении; е) чрезмерную озабоченностью физической привлекательностью. Для таких пациентов характерны неуемное фантазирование, эмоциональный инфантилизм, склонность к приукрашиванию действительности или самооговорам (псевдология), при этом пациенты свято верят в то, что сами выдумали. В ситуации фрустрации у таких лиц часто возникают нарушения физического здоровья по механизму конверсии (параличи, боли, потеря чувствительности, амнезия, неспособность к сексуальным контактам), которые квалифицируются как проявления истерического невроза. Дополнительные черты могут включать эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, легкость обиды и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

Р. л. параноидное (F60.0 по МКБ-10) — нарушение психического функционирования, при котором патологически выражены подозрительность личности, упрямство, злопамятность, недоверие к окружающим и близким. Нередко наблюдается сверхценное увлечение изобретательством, системами оздоровления, политический или религиозный фанатизм. Стремление отомстить за воображаемую обиду нередко заставляет людей с таким личностным растройством обращаться с различными жалобами (кверулянтство).

Для параноидного Р. л. (параноического) характерны: а) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; б) тенденция постоянно быть недовольным кем-то, т. е. отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение к другим свысока; в) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных; г) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации; д) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера; е) тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет; ж) охваченность несущественными «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или по большому счету в мире.

Р. л. тревожное (F60.6 по МКБ-10) — нарушение психического функционирования, при котором личность постоянно находится в состоянии внутреннего напряжения, обычно держится обособленно, не желает открыто высказывать свое мнение; постоянно испытывает тоску, вину, боязнь, однако свои эмоции на людях не выражает, зато в одиночестве часто плачет. Тревожное Р. л. (уклоняющееся, избегающее) характеризуется: а) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями; б) представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим; в) повышенной озабоченностью критикой в свой адрес или непринятием в социальных ситуациях; г) нежеланием вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться; д) ограниченностью жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности; е) уклонением от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

Р. л. шизоидное (F60.1 по МКБ-10) — нарушение психического функционирования, при котором патологически выражены отчужденность, независимость, отсутствие интереса к жизни окружающих (даже близких родственников), равнодушие к бытовому комфорту (аскетизм), погруженность в свои фантазии. Шизоидное Р. л. соответствует следующему описанию: а) мало что доставляет удовольствие или вообще ничто; б) эмоциональная холодность, уплощенная аффективность; в) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев; г) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику; д) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст); е) повышенная озабоченность фантазиями и ин-

троспекцией; ж) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности; з) заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям; и) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.

Р. л. эмоционально-неустойчивое (импульсивное, пограничное) (F60.3 по МКБ-10) — нарушение психического функционирования, при котором у личности патологически выражена импульсивность, несдержанность, склонность к вспышкам гнева, агрессии и самоагрессии. Поведение в состоянии аффекта резко контрастирует с обычной для такой личности открытостью и дружелюбием, которые внезапно сменяются раздражением при малейшем ущемлении ее интересов. После бурного выражения эмоций довольно быстро приходит успокоение, иногда такая личность извиняется за свою несдержанность, но чаще переносит вину на окружающих. Прием алкоголя обычно усиливает ее гневливость и несговорчивость. На высоте аффекта может совершить тяжкое преступление, насилие, самоповреждения и суицид.

▸ *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М., 1933; *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998; *Schneider K.* Psychopathicpersonalities / Trans. by M.W. Hamilton. London: Cassel, 1950

Ю.Г. Тюльпин

Расстройства памяти как мнестической деятельности (в нейропсихологии) — форма нарушения памяти, возникающая как следствие расстройства структуры любой активной психической деятельности. Возникают при массивных поражениях лобных долей мозга, проявляются в невозможности формирования задачи запомнить и воспроизвести нужный материал, построить определенную стратегию запоминания. Активная мнестическая деятельность (например, запоминание серии слов или рассказа) заменяется пассивным запечатлением нескольких элементов материала, инертным повторением ответов, побочными ассоциациями. Мнестические следы значительно лучше актуализируются в ситуации пассивного узнавания, что свидетельствует о вторичном характере мнестических нарушений (псевдоамнезии). Аналогичные вторичные нарушения психической деятельности у больных с поражением лобных долей мозга проявляются при решении и других когнитивных задач (гностических, интеллектуальных и т. д.), как результат нарушения работы третьего блока мозга — блока программирования и контроля за психической деятельностью.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Расстройства памяти модально-неспецифические — общие нарушения памяти, которые проявляются в невозможности удерживать и воспроизводить следы текущих воздействий, к какой бы модальности они не относились (Лурия А.Р.). Характерные признаки Р. п. м.н.: 1) проявление в любой сфере деятельности больного (модальная неспецифичность); 2) проявление как в непроизвольном запоминании, так и в произвольной мнестической деятельности; 3) преимущественные нарушения в системе кратковременной памяти, в тяжелых случаях — связь с нарушениями сознания. Это самостоятельная форма нарушений памяти, не связанная с частными мнестическими дефектами, заключающимися в невозможности удержания определенных следов. Р. п. м.н. возникают при поражении неспецифических образований головного мозга разных уровней, расположенных по средней линии. Они обусловлены патологически повышенным торможением следов (ретро- и проактивное торможение).

Частным случаем Р. п. м.н. является корсаковский синдром, связанный с поражением лимбических структур и возникающий на почве алкогольного отравления. Р. п. м.н. следует отличать от расстройств памяти как мнестической деятельности, которые возникают при массивных поражениях любых долей мозга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Расстройства памяти модально-специфические (в нейропсихологии) — парциальные, частичные на-

рушения памяти, ограничивающиеся дефектами запечатления, сохранения и воспроизведения следов, относящихся к определенной модальности (зрительной, слуховой, тактильной и др.). Выделяют расстройства акустической, слухоречевой, зрительно-пространственной, двигательной памяти и др. Возникают при поражении корковых зон соответствующих анализаторов. По психологической структуре представляют собой нарушения исполнительных операциональных звеньев мнестической деятельности. Р. п. м.с. обусловлены нарушениями нейродинамики в определенных участках коры больших полушарий, повышенной тормозимостью следов интерферирующими воздействиями, уравниванием возбудимости следов и другими нейродинамическими нарушениями, что приводит к снижению объема запоминания и ухудшению хранения и воспроизведения следов. Нарушения памяти, связанные с поражением речевых зон и приводящие к невозможности организации информации с помощью смысловой системы языка, рассматриваются как системно-специфические расстройства памяти. Р. п. м.с. — одна из форм нарушений мнестической деятельности, в изучение которой в контексте нейропсихологии большой вклад внес А.Р. Лурия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Расстройства психические соматогенные — психические расстройства органического происхождения. Например, прогрессирующий паралич — психоз, характеризующийся прогрессирующим ухудшением в когнитивной и двигательной сферах.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Расстройства психические соматоформные — мнительность субъекта по отношению к физическому состоянию своего организма. Главным признаком Р. п. с. считается повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если какие-то соматические расстройства все же присутствуют, то не на них фиксируется внимание больного и не они объясняют природу и выраженность жалоб. Больной обычно противится попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности своего состояния.

При этих расстройствах часто наблюдается выраженное в некоторой степени истерическое поведение, направленное на привлечение внимания, особенно у больных, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего страдания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований. В том случае, если убежденность в наличии соматического страдания приводит больного к постоянным обращениям за врачебной помощью с жалобами на непрекращающуюся слабость, болевые ощущения, частую рвоту, говорят о синдроме альбатроса. Если эти обращения подкрепляются настоятельными требованиями хирургических вмешательств (в случае их реализации — повторных), речь идет о синдроме Мюнхгаузена. Если же в качестве способа купирования соответствующих расстройств больным выбираются наркотики и стремление их получить приобретает неодолимый характер, говорится о синдроме Агасфера.

Симптомы, которые могут иметь место в рамках Р. п. с., согласно американской классификации (DSM-III-R, 1987), таковы: желудочно-кишечные нарушения (рвота — не такая, как при беременности, боли в животе — не такие, как при менструации, тошнота — не такая, как при болезнях кишечника, вздутие живота — газы, понос, непереносимость или плохое самочувствие — после некоторых видов пищи); болевые симптомы (в конечностях, спине, суставах, во время мочеиспускания, другие — за исключением головных болей), нарушения со стороны сердца и дыхательной системы (поверхностное дыхание — за исключением тех случаев, когда применяется специальное усилие; сильное сердцебиение, боли в грудной клетке, головокружение), конверсия или псевдоневрологические симптомы (амнезия, затрудненное глотание, потеря голоса, глухота, двойственность зрительного образа, нечеткость зрения, слепота, обмороки или потери сознания, припадки или конвульсии, шатание при ходьбе, паралич или мышечная слабость, задержка мочи или трудности с мочеиспусканием); сексуаль-

ные симптомы (ощущение жжения в половых органах или в прямой кишке — не такое, как при половых сношениях; сексуальное равнодушие, боли во время половых сношений, импотенция); женские репродуктивные симптомы, которые, как считает больная, наблюдаются более часто и протекают более тяжело, чем у большинства женщин (болезненные менструации, нерегулярные менструальные периоды, слишком обильное менструальное кровотечение, рвота во время беременности). Если имеется не менее двух из числа перечисленных симптомов, диагноз Р. п. с. может быть заподозрен; если же речь идет о семи симптомах, то он несомненен.

Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках непсихиатрических медицинских служб; обращение к психиатру ими часто отвергается. Некоторые больные в результате имеющейся у них симптоматики главенствуют в семье и манипулируют ею, а также социальными структурами, и лишь небольшая часть пациентов не пытается извлечь вторичную выгоду от своего заболевания .

Установлено, что в генезе Р. п. с. помимо психогений (здесь особенно значимы переживания, связанные с безработицей) существенную роль играют переутомление, семейная неустроенность, соматическая ослабленность. Показано, что наиболее подвержены этому заболеванию работницы конвейеров и педагоги с большим стажем работы, а также лица, длительно подвергающиеся воздействию профессиональных вредностей. В качестве психопатического преморбида наиболее часто отмечаются соматопатические, истеричные и мозаичные личности. Характерной особенностью всех этих типов является выраженная невротизация с высоким уровнем тревоги и склонностью к депрессивным реакциям, эмоциональная нестабильность и высокий уровень соматического реагирования.

Соматизирование психических расстройств отмечается в 40,5 % наблюдений контингента психосоматической амбулатории (Бройтигам В., 1984) и в 28,0 % — при диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия (Гиндикин В.Я. и соавт., 1996). На первых этапах болезни жалобы больных сводятся только к соматическим расстройствам, лишь в последующем присоединяются очень неспецифические и слабовыраженные психиатрические симптомы, что часто обусловливает значительные, исчисляемые годами, запаздывания адекватной диагностики.

В лечении Р. п. с. ведущее место отводится психотерапии и социотерапии, в связи с чем в развитых странах в последние годы наблюдается рост новых психотерапевтических и психосоматических клиник. При этом используются такие разновидности психотерапии, как психоаналитическая (стационарный вариант — «терапевтическое сообщество»), разъяснительная, семейная и др. Больным с истеро-конверсионными расстройствами показана психотерапия, ориентированная на достижение критики к своему состоянию, в процессе которой выявляется внутриличностный конфликт и символизм конверсионного симптома; показаны короткие и директивные формы психотерапии. Больным с ипохондрическими расстройствами больше помогает групповая терапия, т. к. она обеспечивает социальную поддержку и социальное общение, в которых больной нуждается. В процессе лечения используются и медикаментозные средства.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Расстройства психосоматические (в психоанализе) — заболевания, этиология которых обусловлена психологическими и социальными факторами. В соответствии с психоаналитической концепцией личность каждого человека презентируется двумя основными частями: телом (сомой) и психикой. В случаях, когда требуется подчеркнуть единство организма и взаимосвязи психических и соматических функций, используется понятие «психосоматика» или определение «психосоматический».

Заболевания определяются как психосоматические только в случае, если: а) невротические симптомы или психические травмы предшествуют и затем сопровождаются выраженными расстройствами соматических функций; б) сами невротические симптомы связаны с особенностями личности пациентов, их конфликтами, историей их развития и жизни.

В отличие от конверсионной истерии, при которой, несмотря на наличие жалоб на расстройство функций тех или иных органов, у пациентов при детальном обследовании не выявляется никаких органических изменений, при психосоматической

патологии такие изменения реально присутствуют. А при истинных органических заболеваниях внутренних органов у пациентов, как правило, отсутствует невротическая симптоматика. Как видно из этого определения, границы того, что именуют психосоматической патологией, достаточно размыты и отчасти связаны с тем, насколько полно исследованы соматическая и психическая сферы пациентов.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Расстройства психофизиологические – расстройства, при которых первичные проявления включают реальное органическое повреждение, но начало и тяжесть протекания таких расстройств зависят в основном от психических факторов, физиологических процессов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Расстройства сексуальные (в сексологии) – количественные и качественные нарушения одной или нескольких стадий копулятивного цикла (совокупности последовательных физиологических реакций во время интимной близости), вызывающие нарушения сексуальной адаптации партнеров.

У мужчин выделяют пять основных стадий копулятивного цикла: 1) психическую – от момента принятия решения о близости до появления эрекции; 2) эрекционную – до введения (интромиссии) полового члена; 3) фрикционную, стадию совокупительных движений – до момента неотвратимости оргазма (фаза плато); 4) эякуляторную – до спада возбуждения; 5) завершающую стадию невозбудимости – до полного восстановления порогов возбудимости. У женщин, зависящих от нюансов поведения мужчины, выделяют следующие стадии: 1) психическую – от принятия решения о проведении близости «здесь и сейчас» до появления неги, потребности в ласках, стимуляции эрогенных зон; 2) сенсорную – до появления любрикации, увлажнения половых путей; 3) фрикционную, зависящую от партнера и при хорошей адаптации пары завершающуюся фазой плато; 4) стадию оргазма; 5) последнюю стадию остаточного возбуждения, т. е. резидуальную. Во время копулятивного цикла наблюдается ряд генитальных и экстрагенитальных (сердечно-сосудистых, миотонических, вегетативных) физиологических реакций.

Возможные физиологические (чаще возрастные или постабстинентные) колебания сексуальной функции при их неверной трактовке партнерами следует относить к мнимым Р. с. При истинных Р. с. чаще всего страдает продолжительность полового акта. Относительное ускорение эякуляции – сокращение ее привычного времени или его недостаточность для удовлетворения партнерши; абсолютное ускорение – сокращение до одной минуты и менее; преждевременное семяизвержение – в момент или даже до попытки введения полового члена. Ослабление эрекций также может быть относительным, позволяющим завершить близость, и абсолютным, препятствующим введению полового члена. Половой акт более 30 минут в обычном темпе без остановок относится к затяжным; реже наблюдается полная невозможность его окончания (асперматизм) или ретроградная (обратно направленная) эякуляция в мочевой пузырь. Наблюдаются нарушения и полового влечения. Метод выявления всех компонентов и причин Р. с. носит название структурного анализа Р. с.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Расстройства тревожные – группа психических расстройств, в которую входят острое стрессовое расстройство (реакция людей, переживших травмирующее событие, которая характеризуется повторяющимися ночными кошмарами и неожиданными воспоминаниями об этом событии), диссоциативные расстройства, генерализованное стрессовое расстройство (поглощающая, всеобъемлющая тревога), обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, фобия, посттравматическое стрессовое расстройство, социальная фобия (боязнь неудачи или унижения, избегание ситуаций, в которых можешь привлечь к себе внимание окружающих), специальная фобия. На возникновение тревожности оказывают влияние индивидуальные

различия в приобретаемом опыте, различия в механизмах внимания и в толковании своего опыта.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Расстройства чувствительности и двигательной функции нервной системы. Чувствительность – ощущение раздражения, проводимого в центральную нервную систему. Восприятие и оценка различных ощущений происходят с помощью анализаторов – сложных нервных механизмов, которые воспринимают сигнал (рецепторы), проводят его (нервные волокна) и анализируют (кора головного мозга).

Чувствительность бывает: 1) по месту возникновения раздражения: а) экстероцептивная, которая подразделяется на контактную – болевую, температурную, тактильную и дистантную – обоняние, осязание, слух; б) проприоцептивная – суставно-мышечное чувство, которое связано с изменением положения тела и движением; в) интероцептивная – восприятие раздражения от внутренних органов; 2) по виду – тактильная, болевая, температурная, суставно-мышечное чувство, чувство давления и вибрации и пр.

Основными проводниками раздражения являются пучок Голля и пучок Бурдаха, которые проходят в задних канатиках спинного мозга и отвечают за глубокую чувствительность, и спиноталамические пути, которые располагаются в боковых канатиках и отвечают за поверхностную чувствительность.

Выделяют следующие виды нарушения чувствительности:

- анестезия – утрата того или иного вида чувствительности;
- гипестезия – понижение чувствительности;
- гиперестезия – повышение чувствительности;
- гиперпатия – повышение порога восприятия, отсутствие четкой локализации ощущения, появление резких болевых ощущений;
- дизестезия – извращение восприятия (например, прикосновение воспринимается как боль);
- полиестезия – возникает представление о нескольких раздражениях при нанесении одного;
- синестезия – ощущение раздражения не только в месте его нанесения, но и в какой-либо другой области;
- парестезия – ненормальные ощущения, испытываемые без получения раздражения извне (онемение, покалывание, жжение).

В зависимости от уровня повреждения проводника чувствительности можно наблюдать следующую клиническую картину:

- при поражении ствола периферического нерва наблюдается нарушение всех видов чувствительности, появление боли и признаков периферического паралича;
- при поражении заднего корешка спинного мозга наблюдается утрата всех видов чувствительности, которая носит сегментарный характер – круговой на туловище и продольный на конечностях, и появляется боль;
- при поражении заднего рога спинного мозга наблюдается потеря болевой и температурной чувствительности, но при этом сохраняется тактильная чувствительность;
- при поражении передней серой спайки спинного мозга наблюдается выпадение болевой и температурной чувствительности при сохранении тактильной, участки анестезии двусторонние и симметричные («бабочка»);
- при поражении заднего столба спинного мозга наблюдается утрата суставно-мышечного чувства и развивается сенситивная атаксия (расстройства координации движений);
- при поражении бокового столба спинного мозга на противоположной стороне выпадают болевая и температурная чувствительность;
- при поражении половины спинного мозга развивается синдром Броун-Секара (на стороне поражения наблюдаются расстройства суставно-мышечного чувства, развивается центральный паралич, на противоположной стороне наблюдается болевая и температурная анестезия);
- при поражении всего поперечника спинного мозга наблюдается выпадение всех видов чувствительности, двусторонний центральный паралич и дисфункция тазовых органов;
- при поражении таламуса на противоположной стороне наблюдается выпадение всех видов чувствительности, расстройства координации (гемиатаксия) и появление таламической боли;
- при поражении коры головного мозга на противоположной стороне наблюдается выпаде-

ние всех видов чувствительности, развитие гемиплегии, судорожные синдромы.

Движения, возникающие в результате корковых иннерваций, выработанные в жизненном опыте, называются произвольными. Автоматические рефлекторные движения являются непроизвольными. Произвольная двигательная активность контролируется пирамидным путем, который состоит из двух нейронов: центрального и периферического. Непроизвольная двигательная активность контролируется экстрапирамидной системой (стриопаллидарная система, мозжечок, красные ядра, ретикулярная формация, черная субстанция). Виды нарушений произвольной двигательной активности:

- по объему поражения – параличи (полная утрата произвольных движений) и парезы (уменьшение силы и объема произвольных движений);
- по уровню поражения – центральный и периферический паралич или парез;
- по распространенности – моноплегия (поражение одной конечности), гемиплегия (поражение половины тела), параплегия (поражение двух симметричных конечностей), тетраплегия (поражение четырех конечностей).

Признаками периферического паралича являются арефлексия, атония и атрофия мышц. Утрата рефлексов связана с повреждением рефлекторной дуги, по которой проходит нервный импульс. Кроме того, повреждение рефлекторной дуги сопровождается потерей базального тонуса мышц, что приводит к атонии. Атрофия возникает вследствие разобщения мышц с клеткой переднего рога спинного мозга, откуда поступают нервно-трофические импульсы; мышцы погибают и замещаются жировой и соединительной тканью (развивается денервационный синдром).

При центральном параличе наблюдаются гипертония (спастичность мышц), гиперрефлексия, вследствие усиленной автоматической расторможенной деятельности спинного мозга, и появление патологических рефлексов (рефлекс Бабинского) и сопутствующих движений (синкинезий).

Примерами экстрапирамидных нарушений являются гипокинезии (болезнь Паркинсона) и гиперкинезии. Болезнь Паркинсона возникает при поражении черной субстанции и обусловлена недостатком дофамина в нейронах, проявляется мышечной ригидностью, гипокинезией и тремором в покое. Гиперкинезы бывают быстрые (хорея, судороги, тремор, тик) и медленные (спастическая кривошея, атетоз, торсионный спазм). Общими чертами гиперкинезов является их исчезновение во сне и усиление при волнении и произвольных движениях.

▸ Патология: руководство / Под ред. М.А. Пальцева, С.В. Паукова, Э. Улумбекова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002; *Скоромец А.А., Скоромец Т.А.* Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. 2-е изд. СПб.: Политехника, 1996

Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская

Расстройство конверсионное – психическое расстройство, включающее в себя появление одного или нескольких соматических симптомов, имитирующих физическое заболевание и предположительно служащих для уменьшения тревоги.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Расстройство личности пограничное – как диагностическая категория подразумевает такую психическую организацию личности пациента, которая занимает промежуточное (пограничное) положение. Так, пациент с психической организацией личности, пограничной между невротической и психотической, может страдать от глубоких невротических проблем, но его личность не столь нарушена, чтобы отнести его к психотикам.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Расстройство обсессивно-компульсивное (лат. obsessio – обложение, осада, блокада и compulsare – принуждать) – одно из тревожных расстройств, основными симптомами которого являются обсессии (устойчивые иррациональные мысли и желания) и компульсии (неконтролируемые повторяющиеся действия), выступающие как защита от чувства тревоги.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Расстройство посттравматическое стрессовое — непсихотическая (не относящаяся к психозу) отставленная и (или) затяжная реакция на травматический стресс (например, природные или техногенные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, пытки, терроризм, изнасилования и др.), который, в принципе, может вызвать психические нарушения почти у любого человека.

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» предложен M.J. Horowitz, который разработал диагностические критерии Р. п. с., принятые в качестве основы при составлении американской классификации болезней DSM-III (1976–1980). В последующем эти критерии претерпели некоторые изменения и были внесены в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Для постановки диагноза должно быть подтверждено наличие события или ситуации (как коротко, так и длительно продолжающейся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать общий дистресс почти у любого человека. Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства эмоциональной притупленности и отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее и ангедонии (отсутствие удовольствия, наслаждения), а также уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Как правило, индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее. Этому сопутствует состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. Вследствие указанных нарушений у пострадавших происходит ухудшение в бытовой и социальной сфере, в сфере занятости или других важных сферах функционирования.

Длительность нарушений, как правило, превышает один месяц. Исследования показали, что частота Р. п. с. в мирное время составляет — 0,5 % для мужчин и 1,2 % для женщин; в военное время, по некоторым данным, Р. п. с. может развиться у 15–58 % лиц, участвовавших в военных действиях. Заболеваемость находится в прямой зависимости от интенсивности переживания травматического стресса. К важным факторам риска развития Р. п. с. относятся личностные особенности индивидуума, включая социопатическое расстройство, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Эти факторы снижают способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психических травм (например, в связи с перенесенным насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом) может увеличивать риск того, что после очередного психотравмирующего события разовьется Р. п. с.; фактором риска является также наличие психических расстройств в анамнезе, следует учитывать и возрастной фактор. Преодоление экстремальных ситуаций труднее дается молодым и старым людям. Важно и то, насколько своевременно и качественно была оказана помощь.

К числу факторов, облегчающих профилактику Р. п. с., относят способность к эмоциональному самоконтролю, высокую самооценку, способность к своевременной интеграции травматического опыта других людей в свой жизненный опыт, а также наличие социальной поддержки. В последнее время принято различать острое расстройство — если длительность симптомов меньше 3 месяцев, и хроническое расстройство — если длительность симптомов составляет 3 месяца и более, а также расстройства с отсроченным началом — если симптомы начинаются по меньшей мере через 6 месяцев после воздействия травматического стресса.

Основная цель психотерапевтической работы с лицами, страдающими Р. п. с., заключается в том, чтобы помочь им встать на путь адаптивного разрешения травмирующих ситуаций. Каждый человек имеет свой уникальный путь восстановления после перенесенного стресса. Однако можно выделить и общие стратегии оказания помощи. Например, предлагается следующая стратегия психотерапии пострадавших от землетрясения — формирование адекватного отношения к симптомам. Лица, страдающие Р. п. с., по определению, пережили событие, выходящее за рамки нормального человеческого опыта. У них возникают реакции, которые им непонятны; они склонны путать необычность травмы с собственной необычностью. Важны констатация

и осознание реальных фактов, сопутствующих травме. Необходимо: 1) помочь пострадавшим признать, что их переживания, учитывая экстремальные обстоятельства, нормальны; 2) помочь изменить травмирующий смысл катастрофических событий и их последствий, выработать ощущение контроля над происходящим; 3) восстановить личностный смысл и ощущение принадлежности себя к определенной социальной группе.

Для реализации указанных стратегий чаще всего применяются когнитивно-бихевиоральные и психодинамические психотерапевтические методы. Когнитивно-бихевиоральные (поведенческие) методы используют принципы научения с целью преодоления избегающего поведения и сверхвозбуждения. Наиболее адекватными для использования при Р. п. с. являются техники «вскрывающей терапии» (Exposure-Based Intervention, EBI), десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), тренинг преодоления тревоги (Anxiety Management Training, FMT) и др. Техники описаны в практикуме по психологии Р. п. с. (ред. Н.В. Тарабрина, 2001).

Психодинамические методы опираются на представления о том, что у человека чаще всего информация о травме оказывается недостаточно проработанной и появляются такие симптомы, как «флэшбэки» (избегание ситуаций, связанных с травмой), а также отчуждение, ощущение «укороченного будущего». В случае успешной переработки информации представления о травматическом событии стираются из активной памяти и симптоматика исчезает (Horowitz M.J., 1986). Могут быть эффективны различные психодинамические методы, начиная от выслушивания пациентов и заканчивая краткосрочной динамической психотерапией. В процессе психотерапевтической работы необходимо создать доверительные отношения, помочь снять напряжение и прояснить отношения к пережитому травматическому опыту. Главная цель – помочь проработать процесс так, чтобы травмирующее событие интегрировалось в образ «Я» пострадавшего. В некоторых случаях ему необходимо помочь найти смысл в случившемся (логотерапия).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.М. Гарнов

Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу – особое проявление анормального социального функционирования, которое возникает в период первых лет жизни и которое, установившись, обнаруживает тенденцию к стойкости, несмотря на заметные изменения в окружающей обстановке. В возрасте около 2 лет это расстройство обычно проявляется «прилипчивостью» в отношениях и диффузными, не избирательно направленными привязанностями. К возрасту 4 лет диффузные привязанности остаются, но «прилипчивость» обнаруживает тенденцию замещаться претендующим на внимание и неразборчиво дружеским поведением. В среднем и позднем детстве у ребенка могут быть развиты и избирательные привязанности, однако направленное на привлечение внимания поведение у них часто сохраняется; обычными для таких детей являются плохо модулированные взаимодействия со сверстниками; в зависимости от обстоятельств могут также иметь место сопутствующие эмоциональные или поведенческие расстройства. Синдром наиболее отчетливо выявлен у детей, воспитываемых с младенчества в учреждениях, но он встречается и в других ситуациях; полагают, что он частично обусловлен стойким недостатком благоприятной возможности развивать избирательные привязанности вследствие чрезмерно частых перемен воспитателей. Концептуальное единство синдрома зависит от раннего начала диффузных привязанностей, продолжающегося плохого социального взаимодействия и отсутствия ситуационной специфичности.

▸ Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998

С.А. Шевцов

Расстройство привязанностей в детском возрасте реактивное – встречается у младенцев и детей до 5 лет, характеризуется стойкими нарушениями социальных взаимосвязей ребенка, сочетается с эмоциональными расстройствами, является реакцией на изменения в средовых условиях. Характерные признаки: боязливость и повышенная настороженность в общении (которые не исчезают при попытке утешить – «замороженная бдительность»), типич-

ны плохое социальное взаимодействие со сверстниками, частая агрессия к себе и другим.

Маленькие дети с этим синдромом проявляют противоречивые или амбивалентные социальные реакции, которые наиболее очевидны в период расставания или воссоединения. Так, младенцы могут приближаться к воспитателю, отведя взгляд в сторону, или пристально смотреть в сторону, в то время как их держат на руках; или могут отвечать лицам, оказывающим заботу, реакцией, в которой сочетаются сближение, уклонение и сопротивление заботе. Эмоциональные расстройства внешне проявляются в форме страдания, отсутствия эмоциональной откликаемости, реакции аутизации (например, ребенок может свернуться калачиком на полу) и (или) агрессивных реакций на свой собственный или чужой дистресс. В большинстве случаев дети проявляют интерес к взаимодействиям со сверстниками, но их социальная игра задержана в развитии вследствие негативных эмоциональных реакций, которые эту игру разрушают. Расстройство привязанности может сопровождаться отсутствием полного физического благополучия и нарушенным физическим ростом.

Многие здоровые дети обнаруживают ненадежность в характере их избирательной привязанности к тому или иному родителю, но ее не следует путать с реактивным расстройством привязанности, которое имеет несколько решающих отличий: а) расстройство характеризуется патологическим типом ненадежности, проявляющейся явно противоречивыми социальными реакциями, которые обычно незаметны у нормальных детей; б) патологические реакции выявляются в различных социальных ситуациях и не ограничиваются диадной связью с конкретным лицом, осуществляющим заботу; в) отсутствует откликаемость на поддержку и утешение; г) имеются сопутствующие эмоциональные расстройства в форме апатии, страдания или боязливости.

Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с грубо неадекватной заботой о ребенке, которая может принимать форму психологически жестокого обращения или пренебрежения (суровые наказания лишением любви, постоянное отсутствие реакций на попытки ребенка вступить в общение, явная неспособность к роли родителя), форму физически жестокого обращения и пренебрежения (постоянное невнимание к основным физическим нуждам ребенка, повторяющиеся намеренные физические травмирования, неадекватное обеспечение питанием и пр.). В связи с недостатком знаний о том, постоянна ли связь между неадекватной заботой о ребенке и расстройством, наличие средового лишения и искажения не является диагностическим требованием; необходима осторожность в постановке диагноза при отсутствии данных о жестоком обращении с ребенком или пренебрежении им. С другой стороны, диагноз не может быть установлен автоматически на основе данных о жестоком обращении с ребенком или пренебрежения им: не у всех детей, подвергшихся жестокому обращению или пренебрежению, выявляется это расстройство.

▸ Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998; Психология общения. Словарь, 2015

С.А. Шевцов

Расстройство приспособительных реакций — состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. Стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида (тяжелая утрата, разлука и пр.) или широкую систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца и пр.) либо представлять широкий диапазон изменений и переломов в жизни (поступление в школу, приобретение статуса родителей, неудача в достижении заветной личной цели, уход в отставку и пр.). Индивидуальная предрасположенность или ранимость играют важную роль в риске возникновения и форме проявления Р. п. р., однако не допускается возможность возникновения таких расстройств без стрессового события. Проявления очень вариабельны и включают подавленность настроения, настороженность или беспокойство (или комплекс этих состояний), ощущение неспособности справиться с ситуацией, запланировать все заранее или решить, оставаться ли в настоящей ситуации, а также некоторую степень снижения способности действовать в повседневной жизни. Характерной чертой могут быть краткая или длитель-

ная депрессивная реакция или нарушение других эмоций и поведения.

При Р. п. р. возможны симптомы или нарушения поведения по типу, обнаруживаемому при других аффективных расстройствах (за исключением бреда и галлюцинаций), любых невротических (связанных со стрессом) и соматоформных расстройствах или при расстройствах поведения в детском или подростковом возрасте, но при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств. Симптомы могут быть вариабельными по форме и тяжести. Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не достигал бы степени травматического. Продолжительность симптоматики обычно не превышает шести месяцев.

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между формой, содержанием и тяжестью симптомов; анамнестических данных и особенностей личности; стрессового события, ситуации и жизненного кризиса. Наличие жизненного кризиса должно быть четко установлено. Кроме того, должны быть веские доказательства связи между стрессовым событием и возникновением расстройства. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее трех месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в соответствии с имеющимися признаками.

Для лечения расстройств адаптации предпочтительна психотерапия, которая должна быть направлена, с одной стороны, на исследование значения стрессового события, а с другой стороны, на оценку психического состояния пациента. Глубокий и всесторонний анализ реального характера стрессового события позволяет разработать систему мероприятий по устранению или минимизации его психогенного воздействия на человека. Изучение состояния пациента позволяет выявить актуальное психическое состояние и оказать адекватную психотерапевтическую помощь.

Кризисная интервенция направлена на оказание содействия пациенту в быстром разрешении проблем посредством использования методов поддержки, суггестии, переубеждения и модификации внутреннего образа сложившейся ситуации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.М. Гарнов

Расширенная картография психики — подробное феноменологическое описание различных уровней и типов переживаний, проявившихся в ходе психоделических исследований. Понятие, введенное С. Грофом, используется в холотропной психотерапии. В отличие от психоаналитического описания С. Гроф ввел два новых измерения психики: перинатальный (добиографический) и трансперсональный (сверхбиографический) уровни бессознательного. Феноменологическое описание переживаний в измененных состояниях сознания, по Грофу, включает четыре различных уровня человеческой психики и соответствующего им опыта: 1) сенсорный опыт — различные феномены, возникающие в любой сенсорной зоне, но лишенные какой-либо эмоциональной значимости для личности. Актуализирующиеся в сознании образы не являются символической презентацией бессознательных структур психики и, как правило, не имеют никакого психотерапевтического значения; 2) психодинамический (биографический) опыт связан с важнейшими негативными и позитивными событиями различных периодов жизни человека, несущими сильный эмоциональный заряд. На этом уровне при погружениях в измененное состояние сознания могут актуализироваться не разрешенный ранее внутриличностный конфликт, значимое приятное воспоминание, травмирующее драматическое переживание, вытесненное из сознания и т. п.; 3) перинатальный (добиографический) опыт включает в себя феномены повторного биологического рождения, столкновения со смертью, переживания безысходности и одиночества, мучительного чувства вины и греховности, сильных телесных и душевных мук, возрождения и спасения; 4) трансперсональный (сверхбиографический) опыт состоит из феноменов временного расширения сознания (переживания предков, постинкарнационный опыт, филогенетический опыт и т. д.), пространственного расширения сознания (идентификация с другими личностями, животными, растениями, планетарное сознание и т. д.), пространственного сужения сознания — до уровня отдельного органа; состоит из ощущений «иной реальности» — архетипических переживаний, религиозных и мистических прозрений, интуитивного понимания сложных мифологических сюжетов, сакральных символов и т. п.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Рационализация (лат. rationalis – разумный) – 1) в психоанализе один из защитных механизмов личности, обеспечивающий блокировку осознания истинных мыслей, чувств и мотивов деятельности человека и формулировку более приемлемых для личности объяснений ее поведения; 2) бессознательное стремление индивида к рациональному обоснованию и объяснению своих идей и поведения даже в тех случаях, когда они иррациональны. Понятие «Р.» было введено Э. Джонсоном в 1908 г. и принято З. Фрейдом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Реактивные состояния (лат. re – против и actio – действие) – особые психические состояния, в клинической картине которых отражается содержание психической травмы. Выделяют следующие виды Р. с.: 1) реактивные депрессии, когда в результате психотравмы человек находится в угнетенном состоянии, проявляющемся в заторможенности, обедненной мимике (человек малоподвижен, на вопросы отвечает односложно, невыразительным голосом), мысли его постоянно сосредоточены на происшедшем, которое патологически переживается; 2) аффективно-шоковые реакции, возникающие обычно в ответ на какие-либо массовые катастрофы, аварии и проявляющиеся в сужении сознания, панике, беспорядочной двигательной активности или, напротив, полной заторможенности (психогенный ступор).

У лиц психопатического склада в ответ на болезнь или тяжелую психотравму могут развиваться реактивные психозы в форме реактивного бреда, сумеречного состояния сознания и пр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.А. Карпенко

Реакция на чрезвычайную ситуацию – сильное симптоматическое возбуждение, мобилизующее организм в ситуации кризиса.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Реакция острая на стресс – транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без явных признаков психических нарушений в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Стресс может быть связан с сильным травматическим переживанием из-за угрозы безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование), из-за необычно резкого и угрожающего изменения в социальном положении и (или) окружении, например потеря многих близких или пожар в доме. При этом обязательно должна иметь место реальная или весьма вероятная угроза безопасности или физической целостности индивидуума и (или) ситуация, при которой он стал свидетелем гибели других, особенно близких ему лиц. Данное определение соответствует Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу (наши данные свидетельствуют о наличии Р. о. н с. у 38–53 % лиц, переживших травматический стресс). Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных). В возникновении и тяжести Р. о. н с. играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности.

Р. о. н с. диагностируется при наличии обязательной и четкой временной связи между воздействием необычного травматического стрессора, выходящего за рамки обыденной жизни, и началом симптоматики, которая возникает немедленно вслед за подверженностью стрессору. Необходимо также наличие определенного набора психической симптоматики в виде инстинктивно-аффективного поведения на фоне оглушения и определенных психических реакций (ступора, психомоторного возбуждения, диссоциативных расстройств). Вслед за восстановлением «обыденного» сознания с возможностью когнитивной переработки информации появляется чувство страха, сопровождающееся вегетативно-сосудистыми реакциями (сердцебиением, повышенной потливостью, ощущением нехватки воздуха, слабостью во всем теле, сухостью во рту, а также тремором рук и всего тела), в результате чего пострадавшие ощущают беспомощность и полную незащищенность. Указанная симптоматика обычно прекращается быстро (самое большее в течение не-

скольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. Если травматический стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24–48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

С момента начала спасательных работ часть нагрузки по оказанию психологической помощи возлагается на спасателей. Бригада экстренной психологической помощи практически не может приступить к работе в острый (изоляционный) период развития ситуации при чрезвычайных ситуациях, когда в основном и появляются признаки Р. о. н с., в силу краткосрочности этого периода (длится несколько минут или часов).

Психосоциальную поддержку после возникновения катастрофы обычно проводят родственники, соседи или другие люди, оказавшиеся в силу обстоятельств рядом с пострадавшими. Окружающие, как известно, достаточно быстро включаются в работу по оказанию помощи пострадавшим. Помощь в таких условиях осуществляется чаще всего в порядке само- и взаимопомощи.

Поскольку пережившие бедствие проявляют вполне естественные в данной ситуации, чрезвычайно выраженные эмоциональные реакции (тревогу, страх смерти, отчаяние, ощущение беспомощности или потерю жизненной перспективы), то при оказании им помощи в первую очередь нужно постараться любыми доступными действиями минимизировать эти реакции. Наиболее эффективными будут проявления сочувствия и заботы, а также практическая помощь пострадавшим.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.М. Гарнов

Регрессия поведения (лат. regressio – движение назад) – форма защитной реакции индивида при переживании им фрустрации, сильных степеней эмоциональной напряженности, стресса, состоящая в замене значимой для субъекта сложной задачи, решение которой затруднено в сложившейся ситуации, на более легкую. В связи с этим обедняется репертуар реализуемых субъектом поведенческих актов за счет использования более простых и привычных для него стереотипных действий и автоматизмов (Фресс П.). В отличие от замещения (Левин К.), смещения, генерализации (Нюттен Ж.) и других форм преодоления избыточного эмоционального напряжения, при которых целевая структура деятельности остается сохранной и осуществляется поиск новых путей ее реализации, для Р. п. характерны изменения в мотивационно-потребностной сфере, что приводит к качественной деградации поведения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Б. Леонова

Резонерство (в психиатрии) – симптом нарушения ассоциативного процесса, проявляющийся в том, что мышление становится нецеленаправленным. Больной выражается многословно, склонен к рассуждательству. Его речь изобилует сложными логическими построениями, вычурными абстрактными понятиями, терминами, нередко употребляемыми без понимания их истинного значения. Для пациентов с резонерством не важно, понял ли их собеседник, им интересен сам процесс логических построений, а не конечная идея. Мышление становится аморфным, лишенным четкого содержания. Обсуждая простейшие бытовые вопросы, больные пытаются рассмотреть проблему с философских позиций, выражаются витиевато, пользуются терминами абстрактных наук (психологии, этики, космологии, биофизики). Подобная склонность к пространным бесплодным рассуждениям часто сочетается с нелепыми абстрактными увлечениями (метафизическая или философическая интоксикация). При шизофрении резонерство рассматривается как стойкий необратимый симптом, оно может нарастать в процессе прогрессирования болезни и достигать степени разорванности. Склонность к рассуждательству, выраженная мягко, может быть постоянной чертой шизоидных психопатов или здоровых интравертированных субъектов.

▸ *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991; *Bleuler E.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Репр. изд. 1993

Ю.Г. Тюльпин

Ретроградная амнезия – нарушение памяти, часто возникающее вследствие тяжелой травмы, когда у

пациента выпадает из памяти период жизни непосредственно перед травмой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Речевые стереотипии (в психиатрии) – симптом нарушения мышления, выражающийся в патологической склонности к повторам ранее высказанных идей, фраз, выражений, отдельных слов или слогов. Таким образом, общение либо затруднено, либо вовсе становится бессодержательным. Наблюдаются различные варианты речевых стереотипий: настойчивое повторение одной и той же мысли или умозаключения (персеверации), использование одних и тех же выражений и оборотов речи (стоячие обороты), ритмичное или рифмованное повторение слов или отдельных слогов (вербигерации). В подавляющем большинстве случаев речевые стереотипии указывают на стойкий необратимый дефект мышления, они часто наблюдаются на фоне нарастающей деменции при органических заболеваниях мозга (церебральный артериосклероз, эпилепсия, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, сифилитический менингоэнцефалит и др.). Вербигерации нередко отмечаются в составе кататонического синдрома при некоторых (чаще неблагоприятных) формах шизофрении.

▸ *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. Киев: Здоровье, 1983; *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986

Ю.Г. Тюльпин

Ригидность (лат. rigidus – жесткий, твердый) – затрудненность (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки. Выделяют когнитивную, аффективную и мотивационную Р. Когнитивная Р. обнаруживается в трудностях перестройки восприятия и представлений в изменившейся ситуации. Аффективная Р. выражается в косности аффективных (эмоциональных) откликов на изменяющиеся объекты эмоций. Мотивационная Р. проявляется в тугоподвижной перестройке системы мотивов в обстоятельствах, требующих от субъекта гибкости и изменения характера поведения. Уровень Р., проявляемой субъектом, обусловливается взаимодействием его личностных особенностей с характером среды, включая степень сложности стоящей перед ним задачи, ее привлекательность для него, наличие опасности, монотонность стимуляции и т. д.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.У. Хараш

Риска группа (risk group) – часть населения, условная группа с наличием различных факторов риска возникновения заболеваний, травм и других нарушений здоровья, в которой должно планироваться проведение профилактического вмешательства.

Риск – возможность опасности, неудачи; проявляется через ущерб, т. е. связан с вероятностью повреждения объекта (чем меньше изучены риски, тем больше ущерб).

Факторы риска – потенциально опасные для здоровья особенности поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний с неблагоприятным исходом.

Группа высокого риска (high risk group) – часть населения с высокой вероятностью развития отклонений в состоянии здоровья, заболеваний, травм, их неблагоприятного течения и исходов.

Подверженность риску – восприимчивость индивидуума, группы лиц или населения в целом к воздействию какого-либо фактора или ряда факторов, способных оказать неблагоприятное влияние на здоровье. Вероятность реализации такого воздействия, его характер и сила предсказуемы на основе научных данных с использованием математического аппарата и методов эпидемиологии.

▸ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 7, 8, 12

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Самость – в аналитической психологии К. Юнга архетип, представляющий собой центр суммативной целостности сознательного и бессознательного психического бытия. Символизируется окружностью и другими фигурами и образами. Понятие С. введено в оборот К. Юнгом, но ни в работах К. Юнга, ни в трудах его последователей не получило однозначного определения. Порой интерпретируется как

исходное состояние интегрированного организма, образ сверхординарного объединяющего принципа, архетипическое стремление к координации напряжения противоположностей, архетипический образ человеческого потенциала и единства личности как целого, как суммативность личности и т. д.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Сверхценные идеи — суждения, идеи, представления, занимающие в сознании человека не соответствующее их значению преобладающее положение. Сопровождаются выраженными эмоциональными переживаниями. В отличие от бреда как неадекватного суждения о действительности С. и. возникают как патологическое преобразование (нередко запоздалое) естественной реакции на реальные события. При возникновении С. и. не наблюдается глубоких нарушений сознания и изменений личности. С. и., хотя и с трудом, поддаются коррекции под влиянием веских доводов и изменения жизненных обстоятельств. Обычно С. и. не становятся стойкими убеждениями и по истечении некоторого времени утрачивают интенсивность либо исчезают. Однако при наличии определенного склада личности и мышления (например, бескомпромиссность, авторитарность, прямолинейность суждений) они могут относительно долгое время занимать сознание субъекта. С. и. наблюдаются и при органических поражениях головного мозга, эпилепсии, некоторых формах психопатий и шизофрении.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.Ф. Бурлачук

Сверх-Я (идеальное Я, Я-идеал, Superego) — одна из сфер психоаналитической структуры личности (Оно — Я — С.Я), складывающаяся из комплекса совести, моральных черт и норм поведения, которые контролируют действия Я и предписывают ему моральные образцы подражания и деятельности. По З. Фрейду, С.Я возникает в результате действия «двух чрезвычайно важных факторов»: 1) продолжительной детской беспомощности и, следовательно, зависимости человека; 2) наличия у него комплекса Эдипа. Являя собой дистанцированную часть Я, С.Я восходит к влиянию родителей и воспитателей и строится по примеру С.Я родителей. С.Я выступает как носитель образца идеального Я, с которым Я соотносит и соизмеряет себя. По З. Фрейду, эта сфера личности выступает как представитель всех моральных ограничений и поборник стремления к совершенствованию и обладает функциями идеала, самонаблюдения и совести. З. Фрейд считал, что С.Я «соответствует всем требованиям, предъявляемым к высшему началу в человеке» (Фрейд З. Я и Оно).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Сгущение — в психоанализе З. Фрейда процесс, механизм и способ функционирования психики, обеспечивающие сжатие и сокращение различных информационных и энергетических потоков и цепей, их суммацию и воспроизведение в такой концентрированной или элементарной форме, когда за каждым явным проявлением их таятся скрытые значения.

По З. Фрейду, С. проявляется и выражается в различных образованиях бессознательного: в симптомах, повествовании (поскольку явный рассказ о чем-либо являет собой лишь краткое воспроизведение более обширного содержания), остротах и шутках, создании неологизмов и забывании слов, ошибочных действиях, фантомных образах, сновидениях и т. д. Согласно психоаналитическому пониманию, особенно определенно и ярко действие и результат С. проявляются в сновидениях. Именно поэтому наиболее основательно С. исследовалось З. Фрейдом на материале сновидений, где оно рассматривалось как первый результат работы сновидения, заключающейся в том, что явное сновидение по содержанию своему короче, чем скрытное, т. е. представляет собой своего рода его сокращенный перевод. С. интерпретировалось З. Фрейдом как процесс образования новых единиц сновидения и их сжатия при наличии точек соприкосновения. В процессе С., по З. Фрейду: 1) определенные скрытые элементы опускаются вообще; 2) в явное содержание сновидения переходит только часть некоторых комплексов и компонентов скрытого сновидения; 3) скрытые элементы, имеющие что-то общее, в явном сновидении соединяются, сливаются в одно целое (смещение).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Сезонные аффективные расстройства — расстройства настроения, возникновение которых характеризуется четкой сезонностью.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Сексизм (лат. sexus — пол) — одна из форм психического насилия над личностью, суженное восприятие людей по признаку пола, проявляющееся в сексуальной дискриминации.

Понятие возникло в конце прошлого века в американском женском движении по аналогии с расизмом. В отличие от патриархата, узурпирующего властно-имущественные отношения в обществе, идеология С. пропитана явной недооценкой, неравенством шансов и сексуальной эксплуатацией женщин в завуалированных формах: а) идеализацией женщины как домашней хозяйки, «женушки-матери» в обществе, где главенствуют мужчины; б) культом сексуальной привлекательности, сексапильности женского образа, рождающим потребительское, объектное отношение к женщине.

Агрессивные формы С. усматриваются в сексуальных домогательствах на работе, когда отказ работодателю в его сексуальных притязаниях сопровождается понижением в должности, уменьшением оклада, нелестными записями в личном деле, отказом в отпуске, поручением скучных или неприятных дел. С. проявляется в различном воспитании мальчиков и девочек, системе «женских» квот в органах власти и сфере образования и даже в структуре языка, где нет женской формы названия многих профессий. Правда, крайние формы феминизма также базируются на идеологии С., т. к. видят только различия, напряженность и конфликты между мужчинами и женщинами и усматривают политическое освобождение женщин в полном отказе от мужчин, а конкретнее — в лесбиянстве.

Различают С. индивидуальный и институциональный. Индивидуальный С. — субъективное убеждение в превосходстве одного пола или гендерной ориентации над другой и конкретное поведение, которое выражает это превосходство. Институциональный С. — открытое или скрытое проявление С. в общественных структурах, политике и практике.

Трансляция С. осуществляется через полоролевую социализацию детей и имплицитно поддерживается социальными институтами (Попова Л.В., Орешкина Н.А., 1995). Жесткая полоролевая социализация детей ограничивает их личностный рост, возможности самореализации и способность справляться со сложностями взрослой жизни, т. к. исходит не из индивидуальных особенностей ребенка (например, активность/реактивность, чувствительность, эмоциональная лабильность), а из неких усредненных, генерализованных представлений, как правило отражающих уже прошедший этап развития общества.

Главной функцией С., как и полоролевых стереотипов, является сохранение сложившегося положения, удержание власти (Агеев В.С., 1990). С. вызывает психологические проблемы, например страх проявления и подавление в себе «женских» черт и склонностей (гомофобия у мужчин), боязнь показаться «слишком умной», чувство вины и сомнения в своей половой идентичности (в случае «нетипичных», например, научных интересов у женщин); создает препятствия для развития способностей, порождает внутри- и межличностные конфликты.

С. приводит к полоролевым конфликтам, которые, в свою очередь, могут быть источником сильного психологического стресса как у мужчин, так и у женщин; причиной того, что мужчины и женщины недооценивают друг друга, испытывают трудности в понимании и во взаимодействии друг с другом. Эмоционально-психологическими последствиями таких конфликтов являются страх, гнев, зависть, ненависть, чувство вины, депрессии, что дало основание для причисления С. к формам психопатологии (Albee G.W., 1981).

Под патронажем ЮНЕСКО (А. Мишель, Париж, 1986) разработаны специальные рекомендации для предотвращения проявлений С. на институциональном уровне (например, в телепередачах, школьных учебниках, детских книгах). Американская психологическая ассоциация (APA, 1978) приняла рекомендации по предотвращению С. в психотерапевтической практике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков, Л.В. Попова

Сексуальная абстиненция (лат. abstinentia — воздержание) — состояние вынужденного полового воздержания, обусловленное добровольным от-

казом от половой жизни либо неблагоприятными житейскими обстоятельствами, например арестом, пленом, утратой партнера, болезнью, длительной командировкой (моряки, полярники, геологи, вахтовики и т. п.).

В сексологии под С. а. обычно понимается отсутствие половых контактов более одного месяца. Различают тотальные С. а., исключающие все виды половой жизни, и парциальные, сопровождающиеся поллюциями или мастурбацией. В начальном периоде С. а. отмечается нарастание полового влечения, спонтанных эрекций, наплывы сексуального фантазирования и эротических сновидений, возможно появление отдельных дискомфортных ощущений и сексуальных фрустраций (неотреагированного полового возбуждения), затем развивается «охранительное» торможение и состояние стабилизируется на уровне временного парциального «угасания» сексуальных мотиваций.

В молодом возрасте С. а. естественна и безвредна. Во второй половине жизни некоторые люди испытывают временные трудности при возобновлении сексуальных отношений, а в инволюционном периоде возможно необратимое подавление сексуальности. В целом вред С. а. для психического состояния значительно переоценивается.

Среди ритуальных форм С. а. наиболее распространена аскеза – образ жизни с самоотречением от удовольствий и специальными упражнениями для исправления пороков и подавления страстей по религиозным и идеологическим мотивам. Известен также обет безбрачия – целибат у католических священников. Многие сторонники сексуального воздержания убеждены, что последнее продлевает молодость и усиливает творческую активность; некоторые спортивные тренеры считают, что С. а. может повысить результативность спортсменов, хотя никаких научных данных по этому поводу нет.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Сексуальная дисгармония – нарушение сексуальных отношений в паре, препятствующее достижению сексуальной удовлетворенности одного или обоих партнеров и вызывающее недовольство качеством интимной близости. В основе формирования сексуальных супружеских дисгармоний могут лежать различные причины, среди которых: 1) недостаточная психологическая совместимость партнеров; 2) утрата сексуальной привлекательности; 3) отсутствие приемлемого для обоих партнеров сексуально-поведенческого стереотипа взаимодействия; 4) нарушение общения в паре в сфере сексуальных отношений; 5) наличие психологической травмы у одного из партнеров и др.

К. Имелинский описывал следующие проявления С. д.: 1) снижение потребности в половых сношениях с партнером; 2) снижение интенсивности чувственных переживаний во время полового акта, включая утрату прежней остроты оргастических ощущений и урежение или полное отсутствие оргазма у женщины; 3) уменьшение сексуальных возможностей при коитусе (ослабление эрекции, ускорение или затруднение эякуляции у мужчины, торможение полового возбуждения и любрикации у женщины).

В. Доморацкий выделяет следующие виды С. д. по ведущим механизмам их развития: 1) социально-психологические – несоответствие черт характера партнеров, эмоциональная незрелость, инфантильность, зависимость от мнения окружающих, негативные эмоции по отношению к партнеру, отсутствие реализации потребности в самоутверждении, отсутствие согласия в принятии решений и взаимопонимания в паре, несоответствие представлений об идеальном браке имеющейся реальности, нехватка или искажение знаний в области сексуальности; 2) поведенческие или технические – отсутствие оптимальных для пары форм сексуального взаимодействия, приводящее к невозможности получения обоюдного полноценного удовольствия от сексуальной близости, стереотипность и монотонность половой жизни пары; 3) физиологические – отсутствие учета конституциональных различий партнеров и их уровня сексуального темперамента, т. е. несоответствие сексуального влечения, физиологических возможностей и интенсивности половой жизни, несоответствие длительности полового акта потребностям одного из партнеров, несоответствие размеров генитальных аппаратов, различия в индивидуальных биологических ритмах, игнорирование возрастных особенностей партнеров; 4) связанные с патологией – дисгармонии вторичного характера на фоне расстройств сексуальной сферы (эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция, фригидность, вагинизм, диспареуния и т. п.).

В большинстве случаев не встречаются изолированные виды дисгармоний, а наблюдается их сочетание в различных вариантах проявления внутри пары. Длительное наличие С. д. может приводить к множеству индивидуальных негативных последствий для каждого: от снижения либидо до сексуальной дезадаптации и возникновения психогенных дисфункций. В связи с этим парам необходимо проводить мероприятия по профилактике сексуальных супружеских дисгармоний, а именно постоянно повышать уровень своей сексуальной культуры и сохранять хороший уровень коммуникации на сексуальные темы для предоставления друг другу необходимых знаний об особенностях своей сексуальности. Гармония в сексуальных отношениях в значительной степени зависит от уровня психологической адаптации в паре, т. е. способности партнеров подстраивать свои сексуальные потребности друг под друга.

▸ *Доморацкий В.А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический проект; Культура, 2009

А.В. Чалова

Сексуальная ориентация — направленность сексуально-эротических чувств и влечений на представителей определенного пола.

Гетеросексуальная ориентация (гетеросексуальность) означает влечение к лицам другого пола, гомосексуальная (гомосексуальность) — своего собственного пола, бисексуальная (бисексуальность) — к представителям обоих полов. Как установил А. Кинзи (Kinsey), сексуальные предпочтения и поведение разных людей можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого стоит исключительная гетеросексуальность, на другом — исключительная гомосексуальность, а в центре — та или иная степень бисексуальности. Однако возможность количественного измерения С. о. не снимает трудностей ее качественного анализа. С. о. не является делом свободного выбора, но вопрос о ее детерминантах остается спорным. Биологически ориентированные теории (Джон Мани [Money]) подчеркивают в первую очередь значение генетических и (или) нейрогормональных факторов пренатального развития, воздействие которых подкрепляется или модифицируется социальным и сексуальным опытом раннего детства и препубертатного периода. Социологические и психологические теории (Джон Гэньон [Gagnon]) придают большее значение социальному научению, половой типизации и формированию детских сексуальных сценариев. Однако эти подходы часто не столько альтернативны, сколько взаимодополнительны. В любом случае формирование С. о. тесно связано с формированием и развитием половой идентичности/роли.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.С. Кон

Сексуальная совместимость — соответствие сексуального поведения партнеров, являющееся результатом интеграции социального, психологического, социально-психологического и биологического обеспечения взаимодействия в сфере интимных отношений. Социальное обеспечение С. с. определяется степенью социализации сексуальности, уровнем общей и сексуальной культуры партнеров, усвоением сексуальных и общественных норм, что проявляется в выработке сексуальных установок, потребностей, в кинетике и позах полового акта, в отношении к оценке своей сексуальности. Психологическое обеспечение С. с. определяется наличием у партнеров соответствия во влиянии на развитие и проявления их сексуальности психических факторов (осознаваемых и неосознаваемых актов) и личностных особенностей. Социально-психологическое обеспечение С. с. обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием социальной малой группы (семьи), а также социальных ролей, стереотипов мужественности и женственности. Биологическое обеспечение С. с. детерминировано анатомо-физиологической сохранностью морфофункциональных структур и систем, осуществляющих регуляцию сексуальной функции, а также наличием соответствия физиологических сексуальных реакций, обусловленных темпераментом, типом половой конституции и высшей нервной деятельности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.В. Криштaль

Сексуальная функция (в клинической психологии) — комплексное, системное образование, обладающее основными элементами высшей психической функции, характеризующееся иерархическим строением, прижизненным, социальным характером формиро-

вания, знаково-символическим опосредствованием и произвольностью. Методологически определение опирается на традиции культурно-исторической теории Л.С. Выготского и общепсихологической теории деятельности А.Н. Леонтьева.

Формирование произвольной регуляции сексуальности радикально меняет ее структуру и создает область возможной функциональной («культурной») патологии. Гипертрофия знаково-символического опосредствования С. ф., усиление контроля и произвольной регуляции С. ф. может рассматриваться как центральный психологический механизм функциональных сексуальных расстройств. У больных с функциональными сексуальными расстройствами отмечается высокий уровень атрибуции ответственности, тревоги ожидания и неустойчивости к фрустрации. Для них также характерна низкодифференцированная структура самооценки, основным системообразующим признаком которой является фактор саморегуляции, отражающий доминирующее значение контроля в системе самосознания больных.

Поскольку некоторые важные психологические аспекты нарушений знаково-символического опосредствования сексуальности не могут быть однозначным образом формализованы, то в соответствии с традициями отечественной клинико-психологической школы (Лурия А.Р., Зейгарник Б.В., Лебединский В.В., Николаева В.В., Рубинштейн С.Я., Соколова Е.Т., Тхостов А.Ш., Зинченко Ю.П. и др.) большое внимание должно уделяться качественному анализу результатов, получаемых в направленной беседе и коррекционных мероприятиях. Наряду с беседой в качестве формализованных процедур эффективно используются анализ структурной организации самооценки, шкалы тревоги Спилбергера–Ханина, тест толерантности к фрустрации Розенцвейга, опросник уровня субъективного контроля (УСК) и др. Психологическая коррекция при функциональных (психогенных) сексуальных расстройствах показала свою эффективность в случаях, когда она направлена или на восстановление парциальной десоциализации, временной «депроизвольности», сниженного контроля С. ф., или на «разгрузку» избыточных семиотических связей и пр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.П. Зинченко

Сексуальное насилие – 1) привлечение несовершеннолетних сексуально незрелых детей и подростков для участия в половых действиях, которые им не полностью понятны, на которые они не в состоянии дать сознательное согласие и которые нарушают социальные табу семейных ролей; 2) принуждение другого помимо его воли и согласия к половым действиям.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Сексуальное поведение – формы взаимодействия индивидов, мотивированного половой потребностью; важная сфера общественной, семейной и личной жизни. С. п. человека выполняет три основные функции: репродуктивную, гедоническую (направленную на получение наслаждения) и коммуникативную. В зависимости от превалирования той или иной функции выделяют разные виды отношения в обществе и отдельной личности к сексуальности.

Биологическая составляющая С. п. включает параметры половой конституции, телосложения, темперамента, гормонального баланса, деятельности центральной нервной системы, генетические детерминанты. Социализация С. п. проявляется в усвоении сексуальных и общественных норм, в сексуальной культуре, обусловленной половым воспитанием, в сексуальном опыте, выработке соответствующих установок, стремлении к эротической привлекательности. Социальные детерминанты С. п. объединены в теории «сексуального сценария» – разновидности поведенческой программы, которая предопределяет возможный и предпочитаемый тип сексуального партнера, эротические ситуации и стимулы, требования к месту, времени и ситуации полового сближения. Автономизация С. п. от репродуктивной функции увеличивает многообразие его форм и усложняет структуру; оно становится более избирательным как в отношении объектов, так и в отношении условий и способов осуществления. Интимная близость может быть: 1) средством релаксации, разрядки полового напряжения; 2) прокреации, деторождения; 3) рекреации, чувственного наслаждения как самоцели; 4) познания; 5) коммуникации; 6) самоутверждения; 7) достижения внесексуальных целей;

8) поддержания определенного ритуала; 9) компенсации (Кон И.С.). Чем выше уровень развития личности, тем разнообразнее индивидуальные проявления С. п.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.И. Лычагина

Сексуальной приемлемости диапазон — совокупность форм сексуального взаимодействия, являющаяся допустимой в каждой конкретной паре, исходя из индивидуальных особенностей партнеров и их личных предпочтений. Основным критерием для определения С. п. д. пары являются те границы допустимого, до которых отсутствуют негативные эмоциональные реакции при интимной близости. В это понятие включаются все формы сексуальных контактов, ласк и воздействий на партнера во время сексуального контакта.

С. п. д. каждого из партнеров формируется под воздействием множества факторов: особенности культуры, в контексте которой формировался человек, его социальные установки, морально-этические нормы, возраст, уровень знаний, особенности личностного развития и др. Исходя из этого, крайне маловероятна встреча партнеров с идентичными С. п. д.; поэтому основой гармоничных сексуальных отношений является прояснение этих диапазонов и достижение договоренности в паре о соблюдении определенных границ, комфортных для обоих. Допустим процесс уравнивания С. п. д. для достижения большего эмоционального комфорта и уровня удовлетворенности в паре путем расширения границ одного из партнеров. Однако происходить это должно при наличии доверия в отношениях, по взаимному согласию партнеров и под чутким контролем за сохранением позитивного настроя у обоих участников сексуальной близости.

▸ *Кащенко Е.А.* Основы социокультурной сексологии. 2-е изд., испр. и доп. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2011

А.В. Чалова

Сексуальность полиморфная — термин Г. Маркузе, обозначающий формирующуюся форму человеческой сексуальности, основанную на возможности активизации подавленных, заторможенных органических потребностей, которая обеспечивает новое направление прогресса путем превращения человеческого тела в инструмент не столько труда, сколько удовольствия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Симуляция (лат. simulatio — видимость, притворство) — поведение, направленное на имитацию болезни или ее отдельных симптомов с целью ввести в обман. Мотивами С. могут быть: достижение определенных льгот, уклонение от обязанностей, стремление обратить на себя внимание (например, при недостатке родительской заботы у детей), потребность в помощи, опеке и т. д. Личностный смысл, цели С. могут быть как осознанными, так и неосознанными. Последние случаи наблюдаются, например, у лиц с истерическими неврозами, когда С. становится одним из способов неадекватного разрешения невротического конфликта. Среди вариантов С. можно выделить: а) умышленную С., совершаемую заинтересованным лицом с определенной целью; б) преувеличение (аггравация) имеющихся отдельных симптомов заболевания или продление имевшихся ранее симптомов (метасимуляция).

Противоположное С. поведение, связанное с установкой на сокрытие, затушевывание болезни или отдельных ее проявлений (диссимуляция), также может мотивироваться как осознанными целями (например, выписка из клиники, поступление на работу и т. д.), так и неосознаваемыми, в том числе связанными с компенсаторными формами личностного реагирования.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Синдром адаптационный (лат. syndrome — стечение; adapto — приспособляю) — совокупность адаптационных реакций организма человека и животных, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия (стрессоры). Функциональное состояние, развивающееся под воздействием стрессоров, называется стрессом. Понятие «адаптационный синдром» предложено в 1936 г. канадским физиологом Г. Селье.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.С. Ротенберг

Синдром (в клинической психологии) (греч. syndrome – скопление, стечение) – 1) определенное сочетание признаков (симптомов), объединенных единым механизмом возникновения. В последнее время в психологии появилось расширенное толкование понятия «С.» в связи с характерными проявлениями свойств нервной системы, сочетаний определенных признаков, выявляющих акцентуированные черты характера и т. п.; 2) кластер симптомов, возникающих вместе, где симптом – любое событие, которое может использоваться как индикатор психического расстройства, патологического состояния или изменений в нем. Этот, преимущественно медицинский, термин употребляется в патопсихологии, нейропсихологии, психосоматике, обозначая определенное сочетание признаков болезни.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.А. Карпенко

Синдром Геры – термин, обозначающий состояние, характеризующееся гипертрофированной привязанностью жены к супругу, когда она буквально боготворит его. При этом женщина стремится играть ведущую роль в их интимных отношениях, а своему супругу не позволяет выходить за рамки стереотипного образца «кормильца семьи». По мнению некоторых психиатров, такая форма поведения является скрытой формой женского гомосексуализма, и брак в этом случае может быть стабильным, лишь если мужчина не противится навязываемой ему роли. С. Г. назван по имени супруги Зевса – символа ревностного выполнения супружеского долга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
И.М. Кондаков

Синдром гиперкинетический (греч. hyper – над, сверх и kinesis – движение) – расстройство поведения у детей, проявляющееся повышением двигательной активности, импульсивными поступками и дефицитом внимания. Синонимы: гипердинамический синдром, синдром детской гиперактивности, синдром дефицита внимания.

Для С. г. характерны чрезвычайная подвижность, выраженная отвлекаемость, склонность к неожиданным поступкам. Такие дети быстро перестают интересоваться заданием, теряют и забывают вещи, ввязываются в драки, не могут усидеть у экрана телевизора, постоянно донимают окружающих вопросами, толкают, щиплют и дергают родителей и сверстников. Усвоение школьного материала затруднено, хотя в целом их умственные способности оцениваются достаточно высоко. Как правило, отмечаются трудности письма (пропуски слов и букв, орфографические ошибки, несоблюдение правил чистописания). Ошибки в счете также вызваны недостатком внимания. Импульсивность проявляется в стремлении отвечать, не выслушав вопроса до конца. Могут наблюдаться неожиданная агрессия, бурное выражение протеста или боязливость в ответ на угрозу наказания. Синдром наблюдается у 3–8 % детей (у мальчиков в 4–5 раз чаще, чем у девочек). Предполагается, что в основе расстройства лежит минимальная мозговая дисфункция, связанная с более поздним созреванием регулирующих структур мозга. При правильном требовательном, достаточно жестком воспитании у большей части пациентов поведение нормализуется в возрасте 12–20 лет. Для коррекции назначают средства, стимулирующие обмен и созревание мозга; типичные успокаивающие лекарства могут вызывать неожиданные и парадоксальные реакции. Обычно признаки С. г. наблюдаются с дошкольного возраста; при появлении данного расстройства после 11–12 лет следует проконсультироваться с психиатром для исключения детских форм шизофрении.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Ю.Г. Тюльпин

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – устойчивые проявления личности, характеризующиеся повышенной двигательной активностью и затрудненностью сосредоточения внимания на объекте, задачах, требованиях окружения. СДВГ – это нозологическая категория, описывающая хроническое расстройство поведения в детском возрасте. Среди его клинических проявлений называют двигательное беспокойство, невозможность усидеть на одном месте, легкую отвлекаемость, импульсивность поведения и мысли, неспособность учиться на опыте и на сделанных ошибках, недостаток внимания, невозможность

сконцентрироваться, легкую переключаемость с одного задания на другое (без доведения начатого до конца), болтливость, рассеянность, недостаток чувства опасности и т. д. Клинические проявления СДВГ подразделяются на три больших группы: 1) симптомы дефицита внимания; 2) симптомы импульсивности; 3) симптомы гиперактивности. Центральным для диагноза СДВГ считается расстройство внимания. Среди сопутствующих проявлений СДВГ часто называется неспособность к обучению, тревожность, делинквентное поведение.

«СДВГ» – относительно новый термин, используемый при описании вышеназванных поведенческих особенностей. В более ранних классификациях для обозначения тех же клинических проявлений использовались термины «гиперактивный синдром», «гиперкинетический синдром», «минимальная мозговая дисфункция», «минимальное мозговое повреждение». В большинстве случаев постановка диагноза СДВГ возможна к 7–8 годам, однако в некоторых случаях симптомы СДВГ формируются значительно раньше (в младенчестве) или значительно позже (в подростковом возрасте СДВГ часто сопровождается симптомами антисоциальности). Согласно данным современных исследований, частота встречаемости СДВГ в школьной популяции составляет 6–9 %. Среди этиологических причин СДВГ в качестве основной называется расстройство деятельности ЦНС, которое, в свою очередь, может являться результатом воздействия генетических или средовых (инфекция мозга, мозговая травма, перинатальные патологические факторы, неправильная диета при формировании и развитии мозга, отравление тяжелыми металлами) факторов. Способы лечения СДВГ зависят от возраста ребенка и степени сложности его расстройства. Детям со слабовыраженным СДВГ оказывается психологическая и педагогическая помощь; дети с сильно выраженным расстройством подвергаются медикаментозному лечению в сочетании со специализированными педагогическими и психотерапевтическими приемами.

Согласно данным различных исследований, примерно 50 % детей, страдающих СДВГ, продолжают демонстрировать симптомы этого заболевания во взрослом возрасте. Взрослая симптоматика обычно не включает гиперактивность, но трудности концентрации и импульсивность по-прежнему остаются составляющими расстройства.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Синдром Диогена – клиническое состояние, характеризующееся пренебрежительным отношением к бытовым вопросам одиноко живущих престарелых людей. Наиболее часто С. Д. возникает у ранее активных людей, ориентированных, прежде всего, на работу и имевших социальный успех. Постепенно, с отходом от профессиональной и общественной деятельности, они перестают заботиться о своей внешности и жилище, которое приходит в запустение и превращается в склад старых и никому не нужных вещей, не уделяют должного внимания правильному питанию, что может вести к истощению и даже смерти. Вместе с тем у них возникают необратимые изменения характера: появляется недоверчивость, необщительность, нереалистичность установок и, самое главное, негативизм по отношению к тем людям, которые предлагают им свою помощь. С. Д. назван так по имени древнегреческого философа-киника из Синопа, жившего, по преданию, в бочке.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Синдром Ельпенора – клиническое состояние абстиненции, возникающее на следующий день после чрезмерного приема алкоголя или снотворных средств и характеризующееся спутанностью сознания, общей дезориентацией и стремлением к бесцельному хождению. С. Е. назван так по имени одного из спутников Одиссея, который, будучи в подобном состоянии, упал с крыши дворца Киркеи и разбился.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Синдром игнорирования (в нейропсихологии) – невнимание к сенсорной информации, поступающей из одной части пространства (чаще левой), возникающее при поражении одного полушария мозга (чаще правого). В обыденной жизни больные не замечают зрительных стимулов, поступающих из левой (правой) части зрительного поля, не слышат звуков,

поступающих слева (справа), не чувствуют прикосновений к левой (правой) половине тела (или только к руке, ноге, туловищу, лицу). В зависимости от локализации поражения мозга С. и. может иметь разный характер: в первом случае С. и. распространяется на все виды информации, поступающей с одной стороны; во втором — не осознается только зрительная, слуховая или тактильная информация. В отличие от односторонней пространственной агнозии С. и. представляет собой нарушение внимания к раздражителям при принципиальной возможности их восприятия. С. и. связан с объемом внимания. Наиболее отчетливо он проявляется в ситуации двойной стимуляции (зрительной, слуховой, тактильной), когда сигналы одновременно предъявляются и справа, и слева. При односторонней стимуляции, со стороны игнорирования, больной имеет возможность адекватно реагировать на сигналы, т. е. С. и. может компенсироваться за счет уменьшения объема информации и напряжения внимания, в отличие от односторонней пространственной агнозии. Левосторонний С. и. характерен для правшей и праворуких и встречается значительно чаще правостороннего. У левшей и леворуких испытуемых возможен и правосторонний, и левосторонний С. и., а также его атипичные формы. С. и. может проявляться в сочетании с анозогнозией, когда невнимание к левосторонней (правосторонней) стимуляции сочетается с более глубоким неосознаванием своих дефектов, снижением критики к своему состоянию. Предполагается, что С. и. является следствием не только односторонних полушарных поражений мозга (чаще правого), но и нарушения механизмов взаимодействия полушарий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Синдром Ка-Цет (K-Z-Syndrom) — клиническое состояние, вызванное сверхэкстремальными условиями концентрационного лагеря (потеря семьи, лишение свободы и привычного профессионального занятия, жесткая регламентированность поведения, конфликтное общение и пр.). Состояние характеризуется чрезмерным возбуждением, подчеркнутой тщательностью выполнения обыденных дел; в эмоциональной сфере доминируют эмоции страха, печали и стыда; сны носят угрожающий и навязчиво повторяющийся характер; возникают нарушения в семейной и профессиональной жизни, иногда проявляется готовность к самоубийству.

Первые явные признаки этого состояния могут проявиться, к примеру, спустя несколько лет после освобождения из лагеря и сохраняться на протяжении десятилетий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Синдром корсаковский — амнестический синдром, впервые описанный С.С. Корсаковым (1887). Сложный симптомокомплекс, выражающийся в невозможности запоминания нового материала при сохранности памяти на прошлые события. Относится к модально-неспецифическим расстройствам памяти. Существуют две формы С. к.: одна характеризуется грубыми нарушениями кратковременной памяти, вторая объединяет нарушения памяти и нарушения сознания. С. к. наблюдается в клинике локальных поражений головного мозга при патологических очагах в глубоких височных структурах (области гиппокампа и др.) одного или (чаще) двух полушарий. С. к. возникает и при различных психических заболеваниях, в частности при остром алкогольном психозе, а также при психических заболеваниях экзогенно-органического генеза.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Синдром культурно-определяемый — любой патологический поведенческий синдром, характерный для определенной культуры; считается местным вариантом проявления, например, тревожных, депрессивных или соматоподобных расстройств. Синоним: культурно-обусловленный синдром (например, этнический психоз).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Синдром ложной памяти (в психологии сексуальности) — случаи, при которых обвинение в сексуальном насилии возникает на базе искажений памяти либо внешних внушений.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Синдром Мидаса — состояние женщины, связанное с изменением ее мироощущения после достижения возраста зрелости из-за все более усиливающейся и приобретающей хронические формы неудовлетворенности сексуальными отношениями с постоянным партнером.

В соответствии с психоаналитической интерпретацией данного синдрома, он выражает собой достаточно адекватную реакцию женщины на изменение к ней отношения мужчины. Вначале, когда мужчина еще только устанавливает свои интимные отношения с женщиной, он использует стратегию поиска разнообразных ощущений, связанных с индивидуальными особенностями женщины, которые, в силу новизны и непредсказуемос, кажутся ему притягательными и чарующими. Но в дальнейшем происходит изменение его стратегии: он уже не находит новых ощущений в интимных взаимоотношениях с этой женщиной; напротив, все ее реакции начинают восприниматься как произвольно вызываемые им самим, что ведет к возникновению пресыщения и стремления сменить партнершу в поисках новых, неожиданных впечатлений.

С. М. назван так по имени царя Фригии, стремившегося к обладанию золотом (женщина здесь ассоциирована с золотом), но едва не погибшего от дарованной ему способности превращать все в золото.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Синдром пресуицидальный (лат. prae — предшествующий, sui — себя и caedere — убивать) — психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о надвигающемся суицидальном акте (Рингель Е., 1953). С. п. — болезненный психопатологический процесс, длительностью от нескольких минут до недель и месяцев.

Синдром чаще наблюдается у лиц с присущей им тенденцией к суицидальным актам в сложных ситуациях (суицидопатия). В основе — «ограничение психической жизни» (может быть и следствием душевного заболевания) в силу либо особенностей личности, либо динамики развития характерных для нее черт интерперсональных контактов, присущей ей системы оценок. В связи с этим возникает торможение агрессии вовне, преобладают аутоагрессивные тенденции (в понимании теории фрустрации), появляется желание смерти, фантазирование о смерти.

При обследовании лиц, склонных к суицидальным действиям, с помощью шкал для оценки личностных профилей выявляются высокие уровни невротичности и тревожности. Одним из наиболее частых психопатологических расстройств являются депрессии: склонность к суицидальным действиям у этих больных — следствие взаимодействия стрессовых ситуаций, личностной структуры и предиспозиции, определяющей реактивность данной личности. Обращает на себя внимание особая опасность суицидальных действий у депрессивных подростков — социальных сирот, у подростков с длительной нервной анорексией (упорный отказ от еды, скрываемый от окружающих). Однако риск совершения самоубийств у подростков является наибольшим при алкогольной и наркоманической зависимости, депрессивных синдромах разного генеза и шизофрении.

Нарастающая у молодежи и женщин склонность к совершению самоубийств и, соответственно, к возникновению С. п. подчеркивается многими авторами. У психически здоровых лиц наибольшую суицидальную опасность представляют реакции эмоционального дисбаланса и дезорганизации. В экстремальных стрессогенных ситуациях у акцентуированных личностей формируются переходные ситуационные реакции, которые, еще не являясь психопатологическими симптомами, служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных реакций. К их числу принадлежат реакции: а) эгоцентрического переключения, возникающие чаще всего у лиц с чертами стеничности; б) агрессивности, «душевной боли» — у лиц с эмоциональной неустойчивостью, сниженной толерантностью к эмоциональным нагрузкам; в) негативных интерперсональных отношений — при наличии ригидно-конформного радикала, фиксированности определенных нравственных установок.

Пресуицидальные состояния, выражающиеся в суицидальных попытках, судя по данным, полученным при изучении больных алкоголизмом, отмечаются в 2,2–2,6 раза чаще, чем завершенные суицидальные действия. Лица, находящиеся в пресуицидальном периоде, нуждаются в проведении индивидуальной, семейной и групповой психотерапии (когнитивной, ролевом тренинге и др.). Однако

С. п. успевает сформироваться не во всех случаях: внезапные суициды по политическим мотивам, при аресте и т. п.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Синдром эйфорический (греч. euphoria – состояние удовольствия) – повышенное радостное, веселое настроение; состояние благодушия и беспечности, не оправданное ни объективным состоянием человека, ни окружающей его обстановкой. При С. э. наблюдается мимическое и общее двигательное оживление, иногда психомоторное возбуждение, многословие. С. э. отмечается при олигофрении, травматических заболеваниях (особенно при поражении лобных долей мозга), при некоторых психических, инфекционных, эндокринных расстройствах и др. С. э. – нарушение эмоционально-личностной сферы, характерное для поражения правого полушария мозга (у правшей), может сменяться состоянием депрессии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Синдром эмоционального выгорания – 1) характеристика психического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с другими людьми в эмоционально перегруженной атмосфере; 2) состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического стресса на работе (Maslach C. et al., 2001). Термин (burnout syndrome) введен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г.

Основные симптомы, входящие в С. э. в.: усталость, психосоматические проблемы, бессонница, отрицательное отношение к выполняемой деятельности, стандартизация общения, агрессивные тенденции, негативное отношение к себе, тревожные состояния, пессимистическая настроенность, чувство вины. Этот синдром рассматривают как: а) своеобразную «духовную анестезию» (по сравнению с эмоциональной анестезией, которая трактуется как оцепенение, исчезновение эмоций, сниженная чувствительность к внешнему миру; по данным А. Ребера (2000), наблюдается в случаях посттравматического стрессового расстройства), б) результат неблагоприятного преодоления стресса на рабочем месте, соответствующий третьей стадии общего адаптационного синдрома по Г. Селье – стадии истощения (Скугаревская М.М., Игумнов С.А., Склема В.Н., 2007). Развитие синдрома имеет стадийный характер; фазы его развития (Felton J.S., 1998): 1) предупреждающая фаза, 2) снижение уровня собственного участия, 3) эмоциональные реакции, 4) деструктивное поведение, 5) психосоматические реакции, 6) разочарование.

По наблюдениям И. Харди (1988), ответственная работа медика с большим количеством нездоровых людей может привести к возникновению у него своеобразного расстройства – «отравления людьми»; симптомы его: раздражительность, вспыльчивость (часто без всякой видимой причины), иногда защитное поведение (холодность, равнодушие).

Близок к упомянутым выше термин «синдром профессионального выгорания» – неблагоприятная реакция на стресс на работе, включающая в себя психологические, психофизиологические и поведенческие компоненты; входящие в этот синдром симптомы: а) неспособность смеяться в рабочих ситуациях (снижение чувства юмора); б) на протяжении длительного периода не хватает времени, чтобы перекусить, отвлечься (пропуск отдыха и перерыва на обед); в) учащение жалоб на здоровье (усталость, раздражительность, мышечное напряжение, расстройства желудка и пр.); г) отгороженность от сотрудников, знакомых, членов семьи; дизменение продуктивности работы (увеличение количества прогулов, опозданий, использование больничных, снижение эффективности деятельности); е) усиление употребления алкоголя, транквилизаторов и др. медикаментов, влияющих на настроение; ж) психические изменения (эмоциональное истощение, снижение самооценки, депрессия, фрустрация, чувство «загнанности», негативное отношение к другим); з) грубость, инциденты на работе, ухудшение взаимоотношений. Синдром профессионального выгорания рассматривается как фактор низкой профессиональной морали, прогулов, низкой производительности труда, физической болезни и дистресса, злоупотребления алкоголем и наркотиками, конфликтов в семье и различных психологических проблем (John W. Jones, 1980).

О самовыгорании профессионалов в результате воздействия экстремальных факторов, которое

приводит к эмоциональному истощению и потере творческого потенциала, писали и R.Б. Greenberger (1981) и C. Maslash (1987). Они отмечали, что чрезвычайно высокие требования в повседневной жизни могут приближать профессиональную деятельность к экстремальной.

Приведенные выше феномены, по сути, описывают один и тот же вид психической деформации, связанный с нарушением эмоциональной саморегуляции, который может быть замечен у представителей профессий типа «человек – человек». В последние годы С. э. в. выявляется не только у представителей медицинской профессии, но и у практикующих психологов, социальных работников, преподавателей, в работе которых доминирующее место занимает оказание помощи людям.

В целях профилактики и коррекции С. э. в. используются психокоррекционные методики, направленные на повышение стрессоустойчивости личности, осознание ею проблемы и принятие ответственности на себя за свою профессиональную деятельность и ее результат, а также проводятся организационные мероприятия со стороны администрации, направленные на изменение профессиональной среды работников «помогающих профессий», культивирование «здоровьесберегающего менеджмента».

▸ *Maslach C.* Job Burnout / C. Maslach, W.B. Schaufeli. M.P. Leiter // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397-422; *Felton J.S.* Burnout as a clinical entity — its importance in health care workers // Occupational medicine. 1998. Vol. 48. P. 237-250; *Творогова Н.Д.* Нарушение психической саморегуляции медицинских работников // Менеджер здравоохранения. 2004. № 1; *Кулешова К.В.* Профессиональное выгорание преподавателя // сб.: Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины. Материалы III Конференции молодых ученых России с международным участием (20–24 января 2004). М.: ММА им. И.М. Сеченова. 2004.

Н.Д. Творогова

Синдромный анализ – введенный в нейропсихологию А.Р. Лурией метод изучения различных нарушений высших психических функций (или комплексов нейропсихологических симптомов) при локальных поражениях мозга в целях топической диагностики. Основой закономерного сочетания нейропсихологических симптомов (в нейропсихологический синдром) является нарушение работы той или иной синдромообразующей корковой или подкорковой структуры мозга (или нейропсихологического фактора), поэтому в нейропсихологии синонимом С. а. является факторный анализ. С. а. – это анализ первичного дефекта и его вторичных (системных) последствий, поэтому синонимом С. а. является также «системный анализ». Так, поражение коры височной области мозга (у правшей) приводит к первичному дефекту – нарушению звукового анализа и синтеза слов и вторичным дефектам – нарушениям произношения слов, письма и чтения; т. е. к целостному височному синдрому. Введение С. а. в нейропсихологические исследования позволило создать новую клиническую нейропсихологию, не имеющую аналогов за рубежом, и обосновать новую факторную классификацию нарушений высших психических функций (афазий, апраксий, амнезий и др.).

Термин «синдром» употребляется и в других областях клинической психологии, а также в психиатрии (и других областях медицины) для обозначения совокупности взаимосвязанных в патогенезе симптомов. Однако только в нейропсихологии С. а. означает анализ работы определенных мозговых структур, обеспечивающих осуществление той или иной функции, и направлен на нейропсихологическую диагностику очага поражения мозга. Для С. а. используются клинические нейропсихологические методы исследования, позволяющие дифференцировать общемозговые и локальные поражения мозга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Синдромы нейропсихологические – закономерные сочетания нарушений высших психических функций (нейропсихологических симптомов), возникающие в результате локальных поражений головного мозга (ранений, кровоизлияний, опухолей и т. п.). Изучение С. н. составляет основную задачу клинической нейропсихологии и осуществляется с помощью специальных методов, разработанных А.Р. Лурией. Основой С. н. является поражение соответствующего нейропсихологического фактора. Различают корковые и подкорковые С. н. Корковые

С. н. возникают при поражении так называемых вторичных и третичных корковых полей. Поражение первичных полей ведет лишь к элементарным расстройствам сенсорных и двигательных функций. В каждом С. н. различают первичные нарушения, связанные с непосредственным поражением данной мозговой структуры, и вторичные нарушения, возникающие на основе первичных; последние проявляются в нарушениях тех функций, нормальное протекание которых возможно лишь при сохранности соответствующего звена функциональной системы, связанного с работой пораженного участка мозга. Так, при поражении височных отделов коры левого полушария нарушается речевой слух, т. е. звуковой анализ и синтез речи (первичный дефект), что, в свою очередь, приводит к нарушению целого комплекса функций: понимания устной речи, письма, чтения и др. (вторичные нарушения). Комплекс первичных и вторичных нарушений (симптомов) и составляет С. н.

Корковые С. н. связаны с поражением конвекситальных (наружных), медиальных (внутренних) и базальных (нижних) отделов коры левого и правого полушарий мозга. В большей степени изучены С. н. поражения различных отделов конвекситальной коры левого полушария.

а) Поражение конвекситальных отделов коры мозга ведет к появлению следующих, представленных ниже, С. н.

Синдромы поражения вторичных корковых полей затылочных и затылочно-теменных отделов мозга проявляются в виде различных нарушений зрительного восприятия — предметного, лицевого, цветового, пространственного и др. — вследствие дефектов пространственной организации двигательного акта. При левосторонних очагах возникают расстройства восприятия букв, цифр, что ведет к нарушению чтения. Синдромы поражения третичных корковых полей зоны ТРО (зоны перекрытия temporalis — височной, parietalis — теменной и occipitalis — затылочной коры) проявляются в нарушении непосредственной ориентировки в пространстве, дефектах пространственной организации движений, конструктивной апраксии, нарушении понимания определенных логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные или «квазипространственные» отношения, в нарушении наглядного мышления, расстройствах счета и др. В основе всех этих нарушений лежат дефекты симультанного анализа и синтеза.

При синдромах поражения вторичных корковых полей височных отделов мозга первичными дефектами являются нарушения речевого (левое полушарие у правши) или неречевого (правое полушарие) слуха, а вторичными — расстройства различных речевых процессов, связанные с речевым слухом или неречевым и музыкальным слухом. В основе другого височного синдрома лежат нарушения слухоречевой памяти, вследствие которых возникает акустико-мнестическая афазия. Синдромы поражения вторичных корковых полей теменной постцентральной области мозга выражаются в нарушении кинестетической основы двигательных актов (движений рук, туловища, речевого аппарата), которые представляют собой первичный дефект. Его следствием являются расстройства координации и управления различными движениями и аффектно-моторные нарушения речи, а также расстройства тактильного восприятия.

Синдромы поражения премоторных областей коры больших полушарий характеризуются нарушением сукцессивной организации двигательных актов (движений рук, речевого аппарата и др.). При сохранности отдельных двигательных актов нарушается переключение от одного движения к другому, возникают двигательные или речедвигательные персеверации. Персевераторные феномены проявляются и в других видах психической деятельности.

Синдромы поражения префронтальных третичных областей коры выражаются в нарушении программирования различных произвольных форм психической деятельности и трудностях контроля за их протеканием. Нарушения программирования и контроля проявляются не только при осуществлении различных видов познавательной деятельности или двигательных актов, но и во всем поведении больного в целом.

С. н., возникающие при поражении симметричных областей конвекситальной коры левого и правого полушарий, различны, что обусловлено их функциональной специализацией.

б) Поражение медиобазальных отделов коры мозга приводит к появлению описанных ниже синдромов.

Синдромы поражения медиальных или медиобазальных отделов лобных долей мозга характери-

зуются отсутствием первичных нарушений гнозиса, праксиса и речи; центральным симптомом при данном поражении являются нарушения регуляции процессов неспецифической активации, что приводит к аспонтанности, акинезии, снижению уровня бодрствования, нарушениям селективности, избирательности психических процессов, появлению контаминаций, нарушениям памяти на семантическом уровне и т. д. Для данных больных характерны также нарушения в эмоционально-личностной сфере, проявляющиеся в виде эйфории, эмоциональной неадекватности, некритичности (чаще при поражении медиальных или медиобазальных отделов лобных долей правого полушария).

Синдромы поражения медиобазальных отделов височных долей мозга характеризуются изменениями эмоциональных процессов, модально-неспецифическими расстройствами памяти, нарушениями состояний бодрствования, сознания. Значительно меньше изучены синдромы поражения медиальных отделов теменных и затылочно-теменных отделов мозга.

в) Подкорковые С. н. связаны с поражением различных подкорковых образований.

Различают синдромы, связанные с поражением неспецифических структур, расположенных по средней линии (нижних уровней ствола, диэнцефальной области мозга и др.). Данные синдромы характеризуются расстройствами цикла «сон – бодрствование», модально-специфическими нарушениями памяти и внимания, изменениями состояния сознания. Характер нарушений и их выраженность зависит от уровня поражения неспецифических структур.

Синдромы, связанные с поражением базальных ядер мозга, проявляются в виде неафазических речевых нарушений при поражении левого полушария и различных пространственных расстройств (нарушений зрительно-пространственной памяти и др.) при поражении правого полушария мозга (у правшей).

Синдромы, возникающие при поражении комиссур, объединяющих левое и правое полушария мозга (мозолистого тела и др.), носят название синдромов «расщепленного мозга» и проявляются в виде нарушений реципрокной координации движений (рук, ног), в аномии (невозможности назвать объект, если он «воспринимается» правым полушарием мозга), дископии-дисграфии (невозможности писать правой и рисовать левой рукой). Эти и ряд других симптомов обусловлены разобщением полушарий, нарушением межполушарного взаимодействия.

С. н. зависят не только от локализации поражений головного мозга, но и от характера заболевания (опухоли, травмы, сосудистые заболевания и др.) и преморбида больного (возраст, пол, тип межполушарной организации мозга и др.). У левшей С. н. протекают иначе. С. н., возникающие при локальных поражениях мозга у детей (до 12 лет), существенно отличаются от С. н., связанных с поражением соответствующих областей мозга у взрослых. При поражении речевых зон левого полушария у детей отсутствуют (или выражены иначе) речевые нарушения, чаще проявляются пространственные дефекты. Изучение С. н. у детей составляет основную задачу нейропсихологии детского возраста.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Синтонность и регрессивная синтонность (греч. syn – с, вместе и tonos – напряжение; лат. regressus – возвращение, движение назад) – термины, касающиеся личностных характеристик, используемые в описании клиники психопатий, особенностей темпераментов и, главное, в дифференциальной диагностике пограничных состояний и малопрогредиентной шизофрении. Синтонный – легко и доброжелательно вступающий в контакт, действующий с учетом ситуации (иногда слишком это акцентуирующий). То есть в этом случае заведомо отвергаются признаки шизоидности, экстравагантности, особенностей типа Verschroben (чудаковатости), но не исключается возможность гипертимных характерологических черт, представляющих собой либо проявление психопатии циклоидного типа, либо психопатизации личности по циклоидному типу. По К. Ясперсу (Jaspers K., 1973), «синтонный» и «циклотимический» характеры – синонимы. Э. Блейер (Bleuler E., 1983) рассматривал синтонность в рамках циклоидного характера, однако, по К. Леонгарду (Leonchard K., 1981), для синтонного темперамента характерно ровное, нейтральное настроение.

О регрессивной синтонности («аутизме наизнанку») говорят в случае чрезмерной открытости и доверчивости больного, когда он, не будучи интеллектуально снижен, обнаженно и обстоятельно отвечает на бестактный вопрос (ответ на который в этих условиях отнюдь не обязателен), начинает делиться подробностями своей интимной жизни, рассказывает сотрудникам о своих ощущениях, например, при проктологическом или гинекологическом обследованиях и т. п. То есть иногда совершенно неожиданно для врача выявляются признаки недоучета со стороны больного ситуационных условностей, что заставляет заподозрить появление (или выявление) признаков личностных изменений, являющихся следствием процессуального заболевания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Склонность к самооправданию — тенденция отрицать свою ответственность за неудачи и считать удачу только своей заслугой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Слабоумие — стойкое, мало обратимое снижение уровня психической, в первую очередь умственной, деятельности. В частности, при С. наблюдают потерю памяти наряду с повреждением по меньшей мере одной когнитивной функции. Человек, страдающий С., утрачивает знания об окружающем мире и даже о самом себе. Существуют разные виды С.: 1) кортикальное С., когда на фоне общего расстройства памяти у больных наблюдаются нарушения речи, изменение личности и прогрессирующее ухудшение ряда прикладных способностей. Разновидность этого типа С. — болезнь Альцгеймера; 2) субкортикальное С., при котором нарушение памяти выражается в неспособности пользоваться информацией долговременного хранения. Нарушений речи обычно не бывает, но наблюдается распад личности. Пример — болезнь Хантингтона (постепенное вырождение сознания, эмоций и двигательных способностей); 3) другие виды С. ассоциируются со СПИДом, менингитом, наркоманией, запущенными случаями сифилиса. Различают также слабоумие врожденное (олигофрению) и приобретенное (деменцию). Основное средство лечения С. в настоящее время — лекарственные препараты.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Смещение (сдвиг) — в психоанализе З. Фрейда процесс, механизм и способ функционирования психики, обеспечивающие перемещение информационных и энергетических акцентов с главного на второстепенное, незначительное или индифферентное. По З. Фрейду, С. проявляется и в различных образованиях бессознательного (в психоневрологической симптоматике, установках, интеллектуальных и эмоциональных актах, различных видах деятельности, сновидениях и т. д.) и сознательного (такое перемещение интереса с одного объекта или вида деятельности на другой, когда новый объект или деятельность замещают предшествующие).

Наиболее подробно С. исследовалось З. Фрейдом на материале сновидений, где оно рассматривалось как главное средство искажения сновидений и второй результат работы сновидений (наряду со «сгущением»). По З. Фрейду, как процесс и результат модификации и перегруппировки сновидений С. проявляется: 1) в замещении скрытого элемента не собственной составной частью, а чем-то отдаленным (намеком); 2) в перемещении психического акцента с какого-то важного элемента на другой (неважный или индифферентный), в силу чего в сновидении возникает другой центр и происходит подмена смысла сновидения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Сновидение (в психоанализе) — субъективно переживаемые представления преимущественно в форме зрительных образов, связанных с эмоционально значимыми для личности в настоящий момент переживаниями, процессами их внутренней регуляции и отреагирования, в том числе запретных желаний и влечений, чувства агрессии, вины, стыда и т. д. Наряду с актуальными переживаниями сюжет С. в значительной степени определяется индивидуальной историей личности и имевшими место в ее прошлом психическими травмами.

В отличие от существовавших ранее представлений о сне как некоем «разлитом торможении нервной системы», психоанализ рассматривает сон как особое функциональное состояние психики, сопровождающееся относительным отключением от сенсорных воздействий внешнего мира и определенным уходом от реальности; при этом психические процессы во время сна приобретают качественно иной характер. Наиболее существенной психологической составляющей физиологического сна являются С.

З. Фрейд утверждал, что С. являются разновидностью воображаемого исполнения желаний (то, что недоступно сознательному разуму, можно осуществить в подсознательном мире С.). Содержание С. бывает двух типов: 1) явное — известное сновидцу, «поверхность» С.; 2) скрытое — глубинное, скрытые аспекты которого, прежде чем будут выяснены, должны быть интерпретированы (скрытое содержание может быть выявлено только в процессе профессионального анализа и интерпретации). Иногда эти содержания могут совпадать, и тогда интерпретация не требуется; например, если голодному человеку снится праздничный стол, это будет простым удовлетворением желания. Совсем иной вариант, когда кому-то снится, что он убегает от разъяренного льва и, хотя бежит он очень медленно, лев никак не может его догнать. Без знания индивидуальной истории личности, начиная с самого раннего детства, интерпретировать такое С. невозможно. Термином «работа сновидения» З. Фрейд обозначает процессы, посредством которых скрытое содержание С. преобразовывается в манифестное (явное) содержание.

В различных психоаналитических подходах символизм С. рассматривается как замаскированное выражение в снах одного предмета, который является «замещающим» или символом какого-то другого. Считается, что символы необходимы для того, чтобы глубинные, вытесненные желания могли избежать цензуры. Имеются «стандартные» интерпретации для некоторых часто встречающихся символов С. (например, башни, карандаши и пр. почти универсально воспринимаются как фаллические символы; аналогично коробки, туннели — как вагинальные символы). Для анализа С. необходимо учитывать особенности жизни сновидца. К.Г. Юнг ввел термин «сновидческое Эго» для обозначения отдельного компонента Эго, который, как он считал, отвечает за С. Когнитивные объяснения природы С. представляют их как своеобразную мысленную «систему подшивки и хранения документов». Во время сна мозг продолжает обрабатывать результаты дневной деятельности, а С. отражают бессознательные попытки найти некий порядок в хаотическом когнитивном мире образов прошедшего дня.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Сновидения — интерес к ним имеет многовековую историю, которую условно можно разделить на два этапа: первый этап (донаучный) продолжался тысячелетия, второй (научный) насчитывает несколько десятилетий.

Сновиденческая тематика донаучного периода окутана мистическими представлениями. Считалось, что душа погруженного в сон на самом деле покидает тело и путешествует в пространстве, посещая те места, видя тех людей и совершая те поступки, которые представляются в этот момент сновидцу. Вместе с тем известно, что еще со времен Аристотеля предпринимались попытки научного объяснения С.

Первая серьезная научная попытка психологического объяснения природы С. принадлежит пионеру психоанализа З. Фрейду. В 1900 г. увидела свет его монография «Толкование сновидений», которая и поныне остается одной из наиболее фундаментальных работ в данной области. По представлениям З. Фрейда, цель С. состоит в том, чтобы позволить удовлетворить, но одновременно и замаскировать инстинктивные побуждения, осуждаемые обществом как неприемлемые. Формулируя теорию С., З. Фрейд отмечал, что значение С. скрывается не в явном или поверхностном (манифестном) содержании и не в их изложении. «Фасад» С. является вторичной переработкой, за которой скрывается скрытое их значение (латентное содержание С.). Интерпретация С., по утверждению автора, является нарушающей деятельностью; она аннулирует работу сна, снимает маску, переводит явное содержание С. обратно в стоящие за ними скрытые мотивы. Этот метод лишает влечения скрытой в них энергии и

тем самым ликвидирует причину невротического конфликта.

Бывший ученик З. Фрейда К. Юнг, как и его учитель, считал, что С. порождаются психически обусловленной активностью бессознательного. Воспользовавшись некоторыми понятиями, введенными З. Фрейдом, он счел, что концепция предшественника слишком сфокусирована на инстинктах и игнорирует весь спектр человеческого опыта, такие, например, его аспекты, как религиозные фантазии, воспоминания и надежды. Допуская, что в некоторых случаях С. выполняют функцию осуществления желаний и предохраняют сам сон от прерывания (положение, на котором строилась теория сна З. Фрейда), К. Юнг в большей степени фокусировался на их символическом содержании и их компенсаторной роли в психической саморегуляции. К. Юнг разработал собственный метод анализа С., а также ряд полезных методик для понимания С. и работы с образами. Юнгианский анализ С. всегда конкретен и опирается на индивидуальные и типологические свойства личности сновидца.

В начале XX в. бурное развитие естествознания способствовало формированию физиологических моделей С. Благодаря работам Сеченова и Павлова была разработана теория «нервных следов», на основе которой С. стали рассматриваться как хаотичное растормаживание корковых нервных следов различной давности вследствие влияния внешних и внутренних раздражителей. Данная теория послужила основой целой научной школы, однако ограничивала понимание С. чисто физиологическим уровнем.

Новой эрой в исследовании феноменологии С. явилось открытие фаз медленного и быстрого сна, что дало мощный импульс для развития экспериментального изучения С., выявившего связь С. с фазой быстрого сна. В развитии онейрологии — науки о С. — определились два основных направления, которые и по сей день являются ведущими: психоаналитический и экспериментальный. Внутри каждого из них формируется множество разнообразных модификаций и течений, спектр которых с каждым годом все более расширяется.

Современный взгляд на С. До настоящего времени не существует единой теории, позволяющей объяснить и понять такое сложное и многоплановое психофизиологическое состояние, как сон. Каждая из множества существующих в настоящее время конкурирующих теорий и идеологий, выдвигаемых врачами, психологами, физиологами, философами, религиозными деятелями, оккультистами и пр., сосредоточивается на каком-либо элементе проблемы. Представители каждого «лагеря» приходят к убеждению, что связанный со сферой их деятельности аспект изучения сна и С. является наиболее значимым. При всем разнообразии существующих гипотез, пытающихся объяснить природу и функции С., их условно можно разделить на две группы. Первая группа теорий, находящих все меньше сторонников, подчеркивает то, чего лишены С. по сравнению с состоянием бодрствования, иногда даже характеризуя С. как нечто ненужное человеку. Вторая группа теорий рассматривает С. как активные процессы, тесно связанные с психофизиологическим состоянием человека и несущие для него целый ряд важных функций. Данные концепции С. базируются прежде всего на результатах комплексного многокомпонентного электрофизиологического исследования, получившего название «полиграфического», и на усовершенствованных методах психологического исследования и психотерапевтической работы со С.

Возможность исследования объективно контролируемых физиологических параметров сна сделала экспериментальный метод ведущим на сегодняшний день методом изучения сна. Фаза быстрого сна составляет 25 % от всего цикла сна. Если при полиграфической записи сна в лабораторных условиях испытуемых разбудить во время стадии быстрого сна, то они запомнят и расскажут о своих С. Взрослый человек, который спит примерно семь с половиной часов в сутки, проводит около полутора-двух часов в фазе сна со С. Иными словами, около 25 % времени сна проходит со С.

Экспериментальное изучение сна дополнено различными методами анализа содержания С., первый из которых был предложен в 1838 г. немецким ученым Г. Геерманом, изучавшим образы С. у слепых. Процедура получила название контент-анализа, которая нашла широкое распространение и имеет множество модификаций. Примером является система, созданная Кэлвином Холлом и Робертом ван де Кастлом, которые классифицировали элементы

более чем 1000 различных С. Все в С. должно подпадать хотя бы под одну из следующих восьми категорий: персонажи, обстановка, природное окружение, предметы, деятельность, качества, ощущения, эмоции. Преимущество данного методического подхода заключается в возможности оценки не изолированного, произвольно выбранного С., а общих закономерностей сновиденческой активности, а также ее динамики в процессе развития заболевания и на фоне проводимой терапии. Регистрация на магнитофонную ленту подробного рассказа о С. не только позволяет оценить характер, структуру, композиционные и сюжетные особенности С., отношение испытуемого к пережитому во время сна, но и лексико-семантические особенности самой речи как важного источника информации о С., а также о состоянии испытуемого.

До настоящего времени остается открытым вопрос о мозговом субстрате С. Обзор исследований, посвященных изучению особенностей С. при поражении различных участков головного мозга, дает крайне противоречивые сведения по данному вопросу. Тем не менее результаты большинства работ указывают на то, что наиболее существенные изменения содержания С. отмечаются при поражении коры головного мозга. Следовательно, сновиденческая активность является результатом активности различных отделов головного мозга при относительном преобладающем влиянии коры на содержательную сторону С.

Стало крылатым высказывание З. Фрейда: «Сновидения — царская дорога к бессознательному». Однако результаты современных исследований указывают на неправомерность рассмотрения С. как продукта сугубо бессознательной сферы психики. С. осознаются спящим, и лишь благодаря этому появляется возможность их запоминания и последующего воспроизведения. Осознаваемый психический процесс не может считаться бессознательным, т. к. основным критерием, позволяющим квалифицировать тот или иной психический акт как бессознательный или сознательный, является представленность его (акта) сознанию. По мнению современных исследователей, именно С. являются зоной «соприкосновения» сознательных и бессознательных элементов психики, благодаря которому становится возможным их сохранение в памяти и осознанное воспроизведение.

Главным отличием реальности, воспринимаемой в С., от таковой в бодрствующей жизни является ее происхождение «изнутри» при относительно меньшей зависимости от воздействия окружающей обстановки. Разнообразные образы, возникающие в С., являются теми или иными аспектами личности спящего, его эмоционального состояния и состояния здоровья. Выстраивая «сценарий» С., человеческая психика не только создает условия для «отреагирования» эмоций, запрятанных в глубину подсознания, но и дает возможность для работы над проблемой и конструктивных личностных преобразований. Поэтому С. всегда насыщены символами. Каждый образ, события С., даже если на первый взгляд они необычны и лишены разумной логики, на самом деле пытаются донести до человека информацию о нем самом. Это делает С. ценным материалом не только для диагностики, но и для активной психотерапевтической работы. Разнообразный арсенал методов работы со С. с каждым годом все расширяется; подтверждаемые многолетней практикой многих специалистов положительные результаты такой работы являются важным доказательством ее полезности.

Значение С. для человека. Собраны неопровержимые доказательства того, что С. — не бессмысленная череда образов, выпускаемых на волю отдыхающим мозгом, а активное состояние, несущее для человека целый ряд важных функций. Одна из первых по значимости — функция психологической адаптации. Экспериментальное лишение здоровых людей фазы быстрого сна приводит к выраженным изменениям в их психическом состоянии, близким к невротическим. В связи с этим считается, что С. имеют решающее значение для эмоциональной разрядки и адаптации к стрессовым ситуациям.

Другая категория экспериментов, сущность которых заключалась в анализе особенностей С. после воздействия эмоционально-стрессовой ситуации перед сном, обнаружила, что лица, у которых имелась связь С. со стрессовым воздействием, утром чувствовали себя значительно лучше и успешнее адаптировались к стрессу, чем те, у которых подобной связи не наблюдалось. Из этого следует заключение об особой роли С. в переработке эмоционально значимой, противо-

речивой, стрессовой информации. Это становится возможным благодаря такому свойству С., как избирательность. Если в состоянии бодрствования сознание человека нередко растекается по мелочам, отвлекается на посторонние раздражители, то в состоянии сна человек освобождается от этих дневных «помех» (от суеты) и начинает концентрироваться на наиболее актуальных проблемах, создавая возможность для их адекватного разрешения. Следовательно, С. дают наиболее полную картину многогранной личности.

Существует мнение, что, участвуя в интеграции и переработке полученной эмоциональной информации, знаний и опыта, С. имеют значение в решении не только ежедневных проблем, но и творческих задач. Можно вспомнить о научных открытиях, сделанных во сне (Менделеев, Кекуле, Эйнштейн, Бор), продуктах «снотворчества» многих деятелей литературы (Пушкина, Лермонтова, Гоголя) и искусства (Бетховена, Шумана, Вагнера, Гойи, Босха).

Кроме вышеуказанных, выделяется большое количество и других функций С., число которых варьирует в зависимости от позиции автора.

Изменение характера С. при различных патологических состояниях, затрагивающих как организм, так и психику, касается прежде всего их эмоциональной составляющей. Любая патология со стороны физического здоровья или психики меняет эмоциональный фон С. от положительного эмоционального полюса к отрицательному. Появляющиеся при этом неприятные, устрашающие, тревожные С. содержат в себе разнообразную гамму неприятных ощущений различных модальностей: слуховые, вкусовые, тактильные, болевые и др. В случае если болезненное состояние становится затяжным, такие С. приобретают навязчивый характер и начинают преобладать над положительно эмоционально окрашенными и эмоционально индифферентными. Перечисленные выше особенности С. могут рассматриваться как неспецифические признаки любого заболевания.

Вместе с тем научные исследования позволили выявить особенности С., специфические для определенных заболеваний. Существующие на сегодняшний день данные исследований С. при различных патологических состояниях позволяют рассматривать их как «стенограмму» о состоянии человека, указание не только на сам факт какого-либо неблагополучия, но и на его характер. Это позволяет наметить новые перспективы для дальнейшего использования анализа С. как ценного средства для диагностики различных заболеваний.

Таким образом, характерной для современного подхода к интерпретации С. является тенденция к объединению нейрофизиологических и нейропсихологических сторон в изучении вопроса. Полученные научные данные открывают широкие возможности для использования С. не только в диагностике, но и в терапии ряда заболеваний. В вопросе изучения С. остается много сложностей, неясностей и противоречий. Бесспорным является только одно: С. нуждаются в особом, внимательном к ним отношении и дальнейшем углубленном научном исследовании.

▸ *Вейн А.М., Корабельникова Е.А.* Сновидения. Клинические, психологические, культурологические аспекты. М.: Эйдос Медиа, 2003; *Фрейд З.* Толкование сновидений. М., 1913; Энциклопедия сновидений / Под ред. Дж.Р. Льюис. Ростов н/Д: Феникс, 1997; *Юнг К.Г.* Воспоминания. Сновидения. Размышления. Киев: AirLand, 1994

Е.А. Корабельникова

Соборность (или собор) (в философии) — «выражает идею собрания, не обязательно соединенного в каком-либо месте, но существующего потенциально без внешнего соединения. Это единство во множестве». Столь предельно общую «идею собрания» не обязательно соединять с религией, хотя сам автор данного определения А.С. Хомяков (1804–1860) связывал идею С. главным образом с воплощением православной духовности. И все-таки не только с ней; научное познание озабочено решением земных проблем, впрочем, ему не помешает и напутствие Н.И. Пирогова: «Бог создал человека для трудов, которыми он доставлял бы пользу подобным себе, но он, живя только для себя, бременит землю без причины»; человеку совсем нелишне осознать свою соборную природу.

В идеале С. Н.О. Лосский (1870–1965) усматривает «руководящее начало общественного порядка». В контексте того же идеала даже воцерковленный мыслитель (Зеньковский В.В., 1881–1962) рассуждает «о натуральной соборности человечества» и о развитии «естественной социальности» человека. Такого рода «натуральность» предполагает согла-

сие индивидов вплоть до немыслимой ныне «радости единомыслия» (Шмеман А., 1921–1983). Здесь должно быть согласие не в форме толерантного безразличия ко всему иному (к личности, мнению), а согласие по взаимопризнанию различного. Только такое «согласие есть условие жизни и без него органическая жизнь невозможна» (Хомяков А.С.).

С. как мирская община есть субстанция самого существования человека и человечества, является «условием развития личностного начала» в нем; причем это условие оказывается настолько конструктивным для личности, что «следование одному индивидуальному в себе является уже разрушением целостности в человеке» (Зеньковский В.В.).

Личность в общине свободна как в хоре, а «хоровая» жизнь охраняет своеобразие личности и дает ему простор. «Хоровое начало» личности образно и наглядно поясняет П.А. Флоренский (1882–1937) на примере русской песни, которая допускает полную свободу голосов при сохранении гармоничного единства: «В ней нет раз навсегда неизменных партий... Единство достигается внутренним взаимопониманием. Каждый более или менее импровизирует, но тем не менее не разлагает целого — напротив, связывает прочней, ибо общее дело вяжется каждым исполнителем — многократно и многообразно». По замечанию И.В. Киреевского (1806–1856), все, что в душе человека существенно, «вырастает в нем общественно».

Для человека существенна «друго-доминантность» (Ухтомский А.А., 1875–1942), т. е. направленность сознания на другого, «жажда собеседника». И хотя, конечно же, встречается установка на «самоутвержденчество» (Батищев Г.С., 1932–1990), все-таки именно С. облагораживает человека. Весьма примечательна и выразительна в данном отношении позиция князя С.Н. Трубецкого (1862–1905): признавая «органическую соборность человеческого сознания», он подчеркивает, что сознание «не есть мое личное отправление»; а посему, когда я познаю нечто, «фактически я по поводу всего держу внутри себя собор со всеми... Наше общее согласие, возможное единогласие... есть для меня безусловный внутренний критерий.... Как бы я ни силился заглушить общий голос, он непогрешим; а когда я сознаю, что имею его за себя, то смело отвечаю за всех».

Человеколепие соборной личности требует, по замечанию И.В. Киреевского, «внутренней цельности разума» как «той живой совокупности высших умственных сил, где ни одна не движется без сочувствия других». В противном случае, т. е. при раздробленности духа, «разум обращается в умную хитрость... истина — в мнение, наука — в силлогизм... добродетель — в самодовольство, а театральность является... внешнею прикрышкою лжи...».

В цельной совокупности высших умственных сил русские философы отдают примат моральной сфере. В частности, А.С. Хомяков подчеркивает, что «умственная жизнь получает все свое достоинство от жизни нравственной». В свою очередь Н.О. Лосский не без основания полагает, что «на высокой стадии нравственного развития разум поднимается до уровня духовного зрения...». Примат моральной сферы в человеке выражается, согласно И.В. Киреевскому, и в том, что от «здоровья» моральной сферы в первую очередь зависит здоровье всех других сторон в человеке. Здоровье утеряно там, где не идет борьба с «естественным» разъединением душевных сил. Расщепление, «атомизация» душевных сил человека влечет за собой ослабление нравственной жизни и отзывается, по терминологии А.С. Хомякова, «пустодушием» индивида.

Очень немногие из современных философов признают (вслед за Маслоу А.), что высшие ценности «настолько значительны для личности, что их подавление порождает даже определенный тип патологий души, которые происходят, например, от постоянного проживания среди лжецов и потери доверия к людям» (Философия / Под ред. проф. В.Н. Лавриненко. М., 1996).

Утверждение первенства моральной сферы в человеческом общежитии вполне естественно и органично для принципа С., ведь «мирская община» предстает лучшей формой «общежительности», ибо предполагает воплощение нравственного союза людей (Аксаков К.С.). Принцип С. предполагает непосредственный обмен живой деятельностью между людьми — обмен самим процессом и результатами деятельности, воплощающий собой роскошь межличностного общения, «дружелюбную общительность» (Ильин И.А., 1882–1954), взаимное признание и взаимную предупредительность, презумпцию добропорядочности.

Несмотря на кажущуюся абсолютную утопичность принципа С., он еще сохраняется в «островках» современного общежития: в «старорежимных»

семьях, в наиболее «везучих» трудовых и творческих коллективах, в литературе и в «коллективном бессознательном» русской идеи. «Идея собрания», или принцип С., живет, испытывая давление, критику, вытесняясь из сознания отождествлениями с тоталитаризмом, нивелированием индивидуальности и агрессивным неприятием индивидуализма. Между тем «соборянин» (т. е. носитель принципа С.) лишен агрессивности, ибо неприятие индивидуализма сочетается у него с сочувственным пониманием того, что эгоизм — это сумасшествие (Толстой Л.). Агрессивны до одержимости по отношению к любым вариантам идеи С. антиподы «соборян», которые стяжательски преуспевают в публичной жизни, получив «моральное» оправдание в так называемой этике успеха (призванной «облагородить» культ стяжательства). Такая «этика» «по умолчанию» фиксирует, но нисколько не осуждает, а одобряет и даже санкционирует разобщение между людьми, их взаимообособление, отчуждение и «недоброжелательную общительность» (Кант И.). Точно так же «по умолчанию» этика успеха не может не исходить из того, что живой обмен деятельностью между людьми ныне все более настоятельно или даже настырно вытесняется деятельностью, опосредованной «вещами»: имуществом, овеществленными знаками власти, атрибутами «сословной» номенклатуры и прочими «табелями о рангах», далекими от воплощения равенства и братства людей. Скованность обмена деятельностью между людьми вещными отношениями начинается с того, что «люди, охраненные вещественной властью, стали жить не друг с другом, а, так сказать, друг подле друга» (Хомяков А.С.). Вот поэтому даже в самом «цивилизованном» обществе ныне господствует суррогат коллективизма, или иллюзорная коллективность, который трансформирует личность и (или) нивелирует ее индивидуальность. Н.А. Бердяев писал, что «врагом личности является общество, а не общность, не соборность».

Суррогаты коллективизма извращают природу человека, отчуждают его от неизбывной соборной сущности, лишают радости собственно человеческого бытия и, в частности, уничтожают «наиболее человеческое в человеке» — совесть (митрополит Питирим, 1991). К счастью, эти суррогаты не способны уничтожить само объективное основание этого принципа — субстанцию существования «органической жизни», а точнее говоря, субстанцию нравственности, ибо речь идет о жизни человека. В отличие и в противоположность суетно инновационной этике успеха «нравственное носит вообще характер субстанциональности» (Гегель, 1770–1831). Как субстанция нравственности, С. неустранима в сфере необходимого труда (по воспроизводству условий существования непосредственной жизни) и спорадически дает о себе знать в сфере подлинно свободного творчества и (неизбежного при этом) саморазвития человека. Именно здесь С. воплощает в себе роскошь межличностного общения.

Изучение условий состояния социального благополучия личности, которое рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как составляющая индивидуального здоровья, а также научные исследования факторов общественного здоровья востребовали, казалось бы, устаревшее понятие С., которое в контексте современных представлений в сфере философии и психологии здоровья приобрело новые смыслы и актуальность.

▸ *Бодалев А.А.* Восприятие и понимание человека человеком. М., 1982; *Зеньковский В.В.* Проблемы воспитания в христианской антропологии. М., 1993; *Ильенков Э.В.* Философия и культура. М., 1991; *Леонтьев А.Н.* Деятельность, сознание, личность, М., 1977; *Творогова Н.Д.* Социопсихосоматика общения. М., 1996; *Хомяков А.С.* Соч. в 2 т. М., 1994. Т. 1. С. 456–470, 515–518. Т. 2. С. 129–195, 238–243

В.Д. Жирнов

Созависимость — 1) вид деструктивных взаимоотношений между двумя и более созависимыми взрослыми людьми. В такие взаимоотношения каждый вносит часть того, что необходимо ему от другого для создания своей психологически завершенной или независимой личности; внимание каждого оказывается сосредоточенным на личности другого (а не на самом себе). Созависимые люди пытаются установить контроль друг над другом, надеются, что другой будет вести себя именно так, как хотелось бы ему; 2) приобретенное дисфункциональное поведение, являющееся результатом задержки развития. То есть С. связана непосредственно с воспитанием и незавершенностью стадии установления психической автономии, возникает вследствие незавершенности решения одной или более задач развития личности

в раннем детстве (Малер М. и соавт., 1968). С. – одна из распространенных проблем, мешающих полноценной жизни людей. Она характерна почти для 98 % взрослого населения (Уайнхолд Б., Уайнхолд Д., 2002) и касается не только отдельных людей, но и самого общества, которое создает условия, благоприятствующие созависимым отношениям; 3) наследственное неизлечимое заболевание, вызванное неизвестными причинами. Это первичная болезнь, у которой есть начало, определенное течение и предсказуемый конец; 4) первичная болезнь, связанная с алкоголизмом или наркоманией. Человек с зависимостью с большой вероятностью создаст семью с таким партнером, который поможет сохранить его зависимость, поэтому системы семей алкоголиков, имея много моделей своего устройства, нередко являются источником С. По одной из версий С. рассматривается как результат приобретенного пораженческого стиля поведения, осложненного патологической связью с химически зависимым человеком (Ларсен А., 1965). Жизненный путь находится вне сознательного контроля индивида, страдающего зависимостью или созависимостью, т. е. такой индивид не может использовать свою волю для победы над созависимостью. Поскольку изучение С. уходит своими корнями в исследование алкоголизма, то С. в этом контексте рассматривается как соалкоголизм; его основные симптомы: а) ощущение своей зависимости от людей; б) ощущение пребывания в ловушке унижающих и контролирующих взаимоотношений; в) низкая самооценка; г) потребность в постоянном одобрении и поддержке со стороны других, чтобы чувствовать, что все идет хорошо; д) ощущение своего бессилия что-либо изменить в деструктивных отношениях; е) потребность в алкоголе, пище, работе, сексе или в каких-либо других внешних стимуляторах для отвлечения от своих переживаний; ж) неопределенность психических границ; з) ощущение себя в роли жертвы, мученика; и) ощущение себя в роли шута; к) неспособность испытывать чувство истинной близости и любви.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Сознания восстановление – возвращение сознания к состоянию полного бодрствования. Предположение о наличии различных уровней сознания (от глубокой комы до полного бодрствования) опирается на его понимание (берущее начало в экспериментальной физиологии) как определенного состояния бодрствующего мозга или как уровня реактивности мозга, позволяющего осуществлять определенные когнитивные операции (Соколов Е.Н., 1997; и др.).

В медицинской практике обычно по следующим поведенческим показателям выделяют последовательные стадии восстановления сознания и психических функций: 1) открывание глаз; 2) фиксация взора и слежение; 3) различение близких; 4) восстановление понимания обращенной речи; 5) восстановление собственной речи; 6) амнестическая спутанность сознания; 7) восстановление формально ясного сознания.

Изучение угасания, выключения и восстановления сознания по параметрам ЭЭГ показало их высокую информативность (Добронравова И.С., 1996; и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Соматизация (греч. soma – тело) – жалобы пациента на разнообразные боли и неприятные ощущения, которые все вместе не дают картины конкретного заболевания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Соматопатия (греч. soma – тело и pathos – страдание, болезнь) – вариант астенических психопатий в типологии К. Шнейдера (1923, 1950, 1966), соответствующий выделенному детскими психиатрами понятию «невропатия». Характерны фиксация на функциях своего организма, доминирование в сознании образа соматического «Я», психический инфантилизм, чувство неполноценности, постоянно повышенная утомляемость, невозможность длительного напряжения внимания, метеопатия (зависимость самочувствия от изменений погоды), соматическая лабильность, ипохондрический самоконтроль и боязливое самонаблюдение, функциональные соматические приступы с комплексом вегетативных и вазомоторных расстройств (сосудистые кризы, головные боли, головокружения, обмороки, сердцебиения, потливость, озноб и т. п.), эн-

докринологические отклонения и разнообразные органные расстройства (спазмы, икота, кишечные колики, рвота, понос, полиурия, энурез – особенно в детском возрасте), импотенция, фригидность и др.

Любые неблагоприятные воздействия (психогения, соматическое заболевание, эндокринные сдвиги, переутомление и др.) здесь легко приводят к декомпенсации, возникновению психосоматических заболеваний и так называемых неврозов органов, при которых имеют место функционально-динамические нарушения деятельности отдельных внутренних органов (сердце, желудок и др.) или отдельных систем (вегетативная, сосудистая и др.).

В случае длительного воздействия неблагоприятных внешних факторов на соматопатическую личность возможно ипохондрическое развитие.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.Я. Гиндикин

Сомнамбулизм (снохождение) (лат. somnus – сон и ambulare – гулять) – форма сложного, внешне выглядящего целенаправленным, но неосознаваемого поведения, которое осуществляется при переходе от сна к гипнозоподобному состоянию.

Эпизоды С., как правило, начинаются через 1–1,5 часа после засыпания во время «медленного» сна. Картина С.: субъект встает с постели и совершает ряд стереотипных и координированных движений при открытых глазах, его действия могут при этом носить и антисоциальный характер. Во время С. зрачки сужены, взгляд застывший, на электроэнцефалограмме регистрируется ритм спокойного бодрствования (альфа-ритм), который, однако, не подавляется внешними раздражителями и сохраняется при открытых глазах, что отличает это состояние от обычного расслабленного бодрствования. Спонтанного перехода из эпизода С. в бодрствование не происходит, эпизод обычно завершается возвращением к нормальному физиологическому сну. При утреннем пробуждении отсутствуют воспоминания об имевшем место среди ночи С.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.С. Ротенберг

Сомнения патологические – тяжелые, тревожные переживания нравственно-этического и ипохондрического содержания, лишенные реальных оснований и не соответствующие возможной неприятности или беде. Например, малейшие неприятные ощущения в желудке или в сердцебиении порождают у такого мнительного субъекта страх и тревожные раздумья о возможном инфаркте, инсульте и т. п. С. п. чаще всего наблюдаются при психастении и других психических заболеваниях. В отличие от бреда и сверхценных идей могут быть устранены с помощью психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Сон (в неврологии) – сложноорганизованное функциональное состояние мозга, во время которого отмечаются выраженные физиологические изменения практически во всех отделах головного и спинного мозга, моторной сфере, активности вегетативной нервной системы, отмечаются интенсивные психические процессы (Вейн А.М., Левин Я.И., 1989). Сновидение – нормальная галлюцинация, имеющая место во время С.

В организации С. участвуют многие структуры на всех уровнях неспецифических систем мозга. Инструментом для объективной оценки состояния мозга служит полиграфическое исследование, которое включает одновременную полиграфическую регистрацию следующих показателей: 1) электроэнцефалограмма (ЭЭГ), позволяющая проследить колебания биоэлектрической активности мозга; 2) электромиограмма мышц орального полюса и подбородка, отражающая колебания мышечного тонуса; 3) электроокулограмма, регистрирующая движения глаз; 4) электрокардиограмма; 5) кожно-гальванический рефлекс; 6) частота дыхания. Сочетанное изменение параметров этих показателей позволяет объективно охарактеризовать состояние бодрствования и идентифицировать фазы и стадии С.

В настоящее время большинство существующих гипотез относительно функционального назначения С. и его отдельных стадий можно свести к двум основным типам: энергетические теории, которые признают анаболическую функцию С., позволяющую накопить энергетический потенциал, затраченный во время бодрствования, и информационные теории, или теории переработки информации, рассматривающие роль С. в осуществлении психической адаптации.

Состояние С. можно рассматривать как интегративное отражение многих эндогенных (пол, возраст, состояние вегетативной и эндокринной систем, генетические и субъективно-психологические факторы) и экзогенных влияний (насыщенность периода бодрствования физической и умственной деятельностью, объем стрессовых факторов и др.).

Нарушения С. встречаются часто (30–50 % взрослого населения). Интенсивные исследования, проведенные за последние десятилетия, позволили сформировать новое направление в медицине, которое обозначено как «медицина сна», имеющая особое значение для выявления и профилактики патологических состояний, связанных с процессом С. (Вейн А.М., 1998).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.М. Вейн, Е.А. Корабельникова

Состояния функциональные (в психологии спорта) – интегральный комплекс тех функций и качеств человека, которые актуализируются в конкретный момент времени для решения стоящей перед ним задачи и отражают сложившиеся механизмы регуляции деятельности (Леонова А.Б., 1984). В спортивной психологии, как и в общей психологии, выделяют: состояния сознания, измененные состояния сознания, состояния внимания, бдительности, бодрствования, эмоциональные состояния, психические, психофизиологические и, наконец, функциональные состояния (ФС). Так, психические состояния определяются как широкая психологическая категория, которая охватывает разные виды интегрированного отражения ситуации субъектом без отчетливого осознания ее предметного содержания; тогда как термин «ФС» подчеркивает специфичность подхода к анализу состояний человека, отличающегося от традиционной проблематики изучения этого круга явлений в общей психологии и физиологии. Понятие «ФС» вводится для характеристики возможностей человека, находящегося в том или ином состоянии, выполнять конкретный вид деятельности; ФС определяют как оптимальное или неоптимальное в зависимости от того, насколько эффективна работа сложившейся регуляторной системы в целом (максимум результата при минимальном расходе внутренних ресурсов). Примерами конкретных видов ФС являются состояния оптимальной работоспособности, экстренной мобилизации, утомления, монотонии, стресса и др.; они отражают особенности задействованных механизмов регуляции и могут быть описаны в виде качественно-специфичных синдромов ФС (Леонова А.Б., 2000).

ФС реализуется на трех уровнях: физиологическом (давление, частота сердечных сокращений и пр.), психологическом (уровень самооценки, когнитивные функции и т. д.) и поведенческом (производительность труда, количество ошибок и т. д.), – работающих в интегрированном комплексе. В этой связи принято выделять три типа методов для диагностики ФС субъекта: физиологические, поведенческие и субъективные. Как правило, физиологическими индикаторами динамики ФС выступают показатели работы центральной нервной системы и вегетативные сдвиги; прежде всего, это электрофизиологические показатели: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), электромиограмма (ЭМГ), кожно-гальваническая реакция (КГР), а также частота сердечных сокращений, тонус сосудов, величина диаметра зрачка и многие другие. Основываясь на этих базовых методах регистрации, разрабатываются новейшие системы оценки ФС с использованием компьютерных программ (моделирование) и методов сложной математической обработки данных. Психологические методы диагностики ФС предполагают оценку успешности протекания определенного вида психической функции; для диагностики ФС может быть использована практически любая из разработанных в экспериментальной психологии методик, оценивающая эффективность процессов восприятия, внимания, памяти, мышления и др. (Леонова А.Б.). Поведенческие методы диагностики ФС включают в себя, как правило, различные варианты степ-теста и теппинг-теста.

В спортивной психологии особое внимание уделяется изучению неблагоприятных ФС у спортсменов, возникающих на разных этапах подготовки атлетов, и методам их коррекции (Леонова А.Б., Кузнецова А.С., 2007). Так, выделяют учебно-тренировочные ФС спортсмена (активность, пассивность, удовольствие, неудовольствие, мобилизованность, сосредоточенность, рассеянность, взволнованность, возбуждение, боязнь, психическая напряженность, безвольность, апатия, боль, утомление, переутомление, перетренированность, тревога, стресс, страх

и др.); предстартовые ФС (оптимальное боевое состояние, состояние спортивной формы, успеха, неуспеха, эмоциональное возбуждение, взволнованность, неопределенность, неуверенность, боязнь, напряженность, усталость, утомление, переутомление, апатия, психическое пресыщение, тревога, предсоревновательный стресс, страх и др.); стартовые ФС (волнение, большое эмоциональное возбуждение, боязнь, несобранность, навязчивые мысли, боевая готовность, стартовая лихорадка, апатия, неизвестность, фасилитация, ингибиция, агрессивность, пассивность и др.); послесоревновательные ФС (чувство победителя, чувство счастья, недовольство, эйфория, фрустрация, обида, гнев, утомление, нервно-психическое напряжение, расслабление, апатия, успокоенность, расслабленность, отчаяние, эмоциональное возбуждение, чувство превосходства, чувство спортивной гордости, беспомощность, злость, печаль и др.). В широком смысле регуляция ФС спортсменов осуществляется двумя путями: предупреждением их возникновения и ликвидацией уже сформировавшихся негативных состояний. При этом используется широкий арсенал средств и методов воздействия извне или методы саморегуляции.

▸ *Леонова А.Б.* Психодиагностика функциональных состояний человека. М.: МГУ, 1984; *Леонова А.Б., Кузнецова А.С.* Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007; Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: РУССО, 2006; *Леонова А.Б.* Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 2000. № 3. С. 4–21

А.Е. Горовая

Социального интеллекта нарушения – одна из форм патологии социального познания. В самом общем виде социальный интеллект (С. и.) можно определить как специальную когнитивную способность отражать и регулировать социальные связи и объекты в целях и задачах деятельности и социальной адаптации. Понятие «С. и.» в 1920 г. предложил Э. Торндайк, определив его как «общую способность понимать других и действовать или поступать мудро в отношении других». По Г. Оллпорту, С. и. есть некий социальный дар, обеспечивающий легкость (но не глубину) в межличностном общении, а также успешную социальную адаптацию субъекта. По мнению Дж. Гилфорда, создателя первого надежного метода оценки рассматриваемой способности, С. и. представляет собой систему познавательных способностей, которая является относительно независимой от фактора общего интеллекта и связана с восприятием и переработкой информации о поведении человека. Понятие С. и. пересекается с такими понятиями, как социальные навыки, социальная компетентность, межличностный эмоциональный интеллект, «модель психического».

В настоящее время наблюдается тенденция отхода от оперирования отдельными конструктами (С. и., социальные навыки) в пользу более общего понятия – «социальное познание» или «социальные когнитивные функции». Последние определяются как «способность выстраивать представления об отношениях между собой и другими и гибко использовать эти представления для управления социальным поведением». По R. Adolphs (2001), термин «социальные когнитивные функции» определяет ряд аспектов сферы познания, которые невозможно оценить с помощью традиционных психометрических и нейропсихологических тестов, но которые потенциально имеют независимую связь с социальным поведением и социальным функционированием. Основные социальные когнитивные функции сводятся к получению информации, ее интерпретации и формированию ответа на намерения, мнения, поведение других людей, что лежит в основе общения и социальных отношений.

Недоразвитие отдельных компонентов или аспектов социальных когнитивных функций (и С. и., в частности), их повреждение или искаженное функционирование может быть связано с различными заболеваниями. На сегодняшний день существуют многочисленные исследования, показывающие дефицитарность отдельных аспектов социального познания при шизофрении (Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф., 1991; Corrigan P.W. and Penn D.L., 2001, цит. по: Russell T. and Green M., 2009; Левикова Е.В., 2009), расстройствах аффективного спектра (Kerr J. et al., 2003; Montag C. et al., 2009; Suslow T. et al., 2001, по Russel T. and Green M., 2009; Плужников И.В., 2010) и некоторых расстройствах личности (Skodol A. et al., 2005). Эти и многие другие данные являются крайне про-

тиворечивыми, даже при обсуждении какой-либо изолированной субструктуры или функции социального познания в условиях конкретной формы патологии.

В нейропсихологии при описании нарушений функционирования социальных когнитивных функций, возникающих при очаговых поражениях головного мозга, используются понятия «социальная агнозия» (трудности отражения социальных связей при сохранности отражения предметов физического мира), «социальная апраксия» (нарушения действий, необходимых для социального взаимодействия), «эмоциональная агнозия» (нарушения распознавания эмоций при относительной сохранности предметного восприятия) (Тонконогий И.М., Пуанте А., 2007). Возникают указанные нарушения преимущественно при поражении лобных долей (чаще правой гемисферы и медиобазальных отделов) и амигдалярных структур.

▸ *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991; *Тонконогий И.М., Пуанте А.* Клиническая нейропсихология. СПб., 2007; *Лоскутова В.А.* Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4; *Russell T.A., Green M.J.* Neuropsychology of social cognition: implications for psychiatric disorders // The Neuropsychology of Mental Illness / Eds S.J. Wood, N.B. Allen and C. Pantelis. N. Y., 2009

И.В. Плужников

Сплоченность команды спортивной (в психологии спорта) – 1) социально-психологический групповой феномен, объективно выражающийся в сыгранности, а субъективно – в чувстве общности членов команды, обозначаемом в речи словом «мы» и противопоставлением себя соперникам словом «они». Термин «сплоченность команды» в спортивной психологии имплицитно подразумевает команду спортсменов, занимающихся игровым видом спорта или участвующих в упражнении (заезде, беге, стрельбе, эстафете и проч.) в группе, занимаясь при этом видом спорта, который классифицируется как индивидуальный. При командной сплоченности, как правило, игроки ощущают межличностное притяжение друг к другу, взаимную симпатию, дружеские взаимоотношения, формирующие психологическую атмосферу взаимопонимания и целостность команды как спортивного микросоциума.

«Групповая сплоченность» – термин, заимствованный из научной школы групповой динамики, разрабатываемой западной социальной психологией. Так, Л. Фестингер и его коллеги определяли сплоченность как общее поле сил, воздействующих на членов, чтобы те оставались в группе.

Спортивная команда представляет собой малую социальную группу и, соответственно, обладает признаками, характеризующими малые группы, а именно: численностью, автономностью, наличием общегрупповой цели, уровнем группового развития, формальной и неформальной структурой внутригрупповых взаимоотношений, ценностными ориентациями, уровнем групповой сплоченности, лидерством, руководством и пр.

Любая спортивная команда стремится к достижению максимальных результатов, хочет быть эффективной, однако эффективность в разных командах может пониматься по-своему; общее определение эффективной команды – это такая команда, которая постоянно осознанно добивается поставленных целей, при этом поддерживая высокий уровень удовлетворенности и лояльности игроков своей команды (Леонов С.В., 2012). В этой связи особую популярность и востребованность среди спортивных психологов получил метод тимбилдинга, командообразования.

▸ *Попов А.Л.* Спортивная психология: учеб. пособие для спортивных вузов. М.: Московский психолого-социальный институт, Флинта, 1998; Практикум по спортивной психологии / Под ред. И.П. Волкова. СПб.: Питер, 2002; Психология спорта: хрестоматия / Сост.-ред. А.Е. Тарас. М: АСТ; Минск: Харвест, 2007. С. 142–143; *Леонов С. В.* Учебно-методические материалы для тренеров по психологической подготовке спортсменов в профессиональном и детско-юношеском спорте // Молодежь и общество. 2012. № 3. С. 108–120; *Festinger L., Schacter S., Back K.* Social Pressure in Informal Groups: A Study of Human Factors in Housing. N. Y.: Harper and Row, 1950

А.Е. Горовая

Стигматизация – особое негативное отношение общества, например, к больным с психическим заболеванием, их родственникам и специалистам,

работающим в этой области. У здоровых членов семьи, чьи родственники по восходящей или боковой линии страдают нервно-психическими расстройствами, может быть появление страха перед неотвратимостью собственной болезни или негативного отношения социального окружения (самостигматизация). Вторичное отклонение – усугубление симптомов у индивида как следствие присвоения ему ярлыка психически больного.

Существование в обществе стигмы болезни приводит к негативному восприятию больного (наркомана, алкоголика, др.); этот вопрос особенно актуален в связи с введением инклюзивного образования, проведением параолимпийских соревнований и пр.

▸ *Дружинин В.Н.* Психология семьи. СПб., 2006

Н.Д. Творогова

Стигматы (греч. stigma – пятно, знак) – психосоматический феномен (наряду с такими, как внушенный ожог, эффект плацебо, «чудесное исцеление» у верующих и др.), заключающийся в изменении кожно-мышечных покровов тела в форме определенных знаков, наблюдающийся на фоне экзальтированного состояния человека. Как правило, стигматы наблюдаются у фанатично верующих в форме крестов на теле или ран на руках и ногах, своим расположением повторяющих раны распятого Иисуса Христа.

О явлении стигматизации впервые рассказывается в жизнеописании Франциска Ассизского; за два года до смерти (1224 г.) у него появились раны на местах, в которых Христос был пригвожден к кресту. Сохранились многочисленные средневековые описания данного феномена у верующих, одержимых религиозным экстазом, особенно в период Страстной недели. Также сохранились описания появления на теле человека очертаний комет во время их появления на небе.

Заключение о невропатологической природе стигматизации было впервые вынесено в XIX в. на заседании Брюссельской академии после специального медицинского обследования некой Луизы Лато, прославившейся своими стигматами. Явление стигматизации чаще обнаруживается у истеричных женщин, лиц, истощенных аскетическими упражнениями и подверженных кровоизлияниям. Стигматы толковались и как истерические превращения (конверсии). В соответствии с представлениями З. Фрейда при истерическом превращении вытесненные сексуальные мысли и влечения находят свое замещающее выражение в изменении физических функций. В физическом симптоме происходит символическое преобразование бессознательных конфликтов и инстинктивных побуждений. Наряду со случаями стигматизации, имеющими психосоматическую природу, встречаются случаи, вызванные искусственными повреждениями и обманом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.С. Калашников

Страхи: структурно-типологическая классификация – целесообразна для планирования и организации психотерапевтической работы. Известны различные классификации, основанные на тех или иных ме-

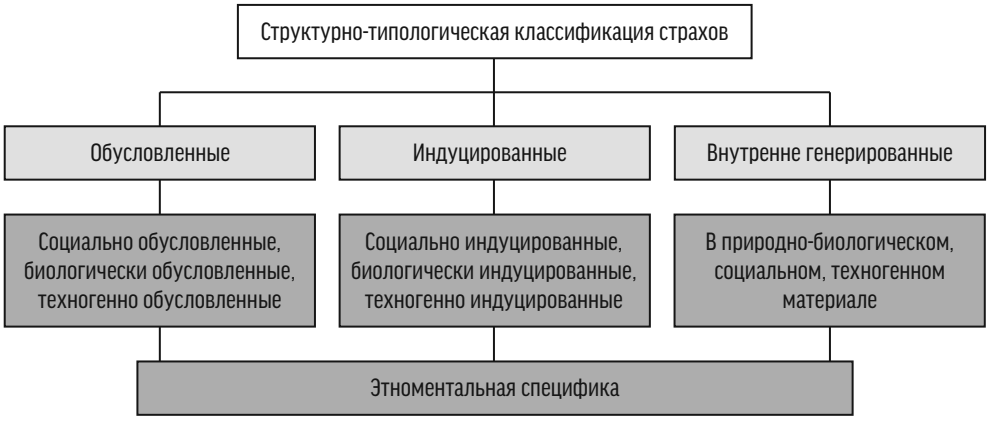

Рис. 3. Классификация страхов (генезис)

тодологических подходах (Jersild A., Захаров А.И., Карвасарский Б.Д., Риман Ф. и др.). Структурно-типологическая классификация страхов (Акопян Л.С.), в основе которой происхождение (генезис) страхов, включает: обусловленные, индуцированные и внутренне генерированные страхи, а также их спецификацию по признакам этничности и ментальности.

I. К обусловленным страхам относятся страхи, вызванные внешними по отношению к субъекту факторами, которые выступают в качестве условий возникновения соответствующих эмоциональных состояний. Это, в частности, биологически обусловленные страхи (те или иные животные, природа, иные явления и т. д.). В этой же группе аналогично выделяются социально обусловленные страхи и техногенно обусловленные страхи.

II. К индуцированным относятся страхи, возникающие вследствие прямого или косвенного социального воздействия (внушение, заражение и др.) на эмоциональное состояние субъекта, вызывая переживание страха. В этой группе вся совокупность страхов может быть: 1) социально-биологически индуцированной (социальное воздействие по формированию страха тех или иных биологических объектов); 2) социально-социально индуцированной (социальное воздействие по формированию социального страха); 3) социально-техногенно индуцированной (социальное воздействие по формированию страха реального или виртуального техногенного объекта).

III. Внутренне генерированные страхи, существующие в информационно-имажинитивных формах, зависящие от индивидуально-личностных особенностей субъекта и реализуемые: 1) в природно-биологическом, 2) техногенном, 3) социальном материале.

Все перечисленные виды и типы страхов в свою очередь могут иметь некоторую специфику, в зависимости от этнической принадлежности субъектов или их ментальности (территориальная, профессиональная или иная субкультурная принадлежность).

▸ *Акопян Л.С.* Эмоциональные состояния, их регуляция и саморегуляция у детей (на примере детских страхов): монография. Самара: ПГСГА, 2011; *Захаров А.И.* Дневные и ночные страхи у детей. СПб., 2000; *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. М.: Медицина, 1980; *Риман Ф.* Основные формы страха. М.: Алетейа, 1999

Л.С. Акопян

Стресс (в физиологии) (англ. stress — напряжение) — 1) состояние, при котором в норме действующие механизмы интрапсихической защиты оказываются настолько загруженными, что не могут эффективно функционировать; 2) функциональное состояние напряжения организма при действии на него разнообразных повреждающих факторов. Термин заимствован канадским эндокринологом Гансом Селье из физики, как аналог растяжения резинового жгута под влиянием механической нагрузки. Различают следующие виды С.: физический, травматический, наркотический, гормональный и т. д. В последние годы наиболее часто по отношению к целостному организму употребляется термин «эмоциональный С.» или «психоэмоциональный С.», поскольку показано, что эмоциональные реакции являются первичными на повреждающие воздействия. Интимная молекулярная природа С. различных видов связана с накоплением в тканях и клетках организма свободных радикалов — продуктов перекисного окисления липидов мембран клеток; поэтому все большее распространение получает термин «оксидантный С.».

Факторы, вызывающие С., получили название стрессоров. С., согласно классическим представлениям Г. Селье, — это неспецифическая реакция организма на воздействие стрессора(ов). Для всех видов С. характерна активация ведущего патогенетического звена: гипоталамус — передняя доля гипофиза — кора надпочечников. Под влиянием гормонов гипофиза и надпочечников, согласно Г. Селье, формируется неспецифический адаптационный синдром, характеризующийся гипертрофией надпочечников, инволюцией вилочковой и лимфатических желез, а также язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта.

Различают три последовательно сменяющие друг друга стадии С.: тревоги, резистентности и истощения. Г. Селье различал две формы С.: эустресс и дистресс. Эустресс — защитная, адаптивная реакция организма на стрессоры (позитивный стресс, при котором уровень здоровья, эффективность выполняемой деятельности повышаются). Дистресс — патологическая реакция (наблюдается при уровне напряжения, превосходящем возможности адаптации организма, психики).

Представления о природе С. в последние годы существенно изменились. В многочисленных рабо-

тах отечественных и зарубежных авторов показано, что эмоциональный С. характеризуется широким спектром нарушений различных физиологических функций: щитовидной железы, половых функций, кровообращения, сердца, кислородообеспечивающих механизмов, иммунитета, психических функций, показателей крови. При С. выявлено изменение уровня катехоламинов в крови, моче и в различных структурах мозга. Таким образом, при действии на организм разнообразных стрессоров изменяются функции не только органов-маркеров (вилочковой железы, надпочечников, желудочно-кишечного тракта), тесно связанных с активностью гормональной оси «гипофиз — кора надпочечников», но практически всего организма.

Установлено, что наиболее активно на С. реагирует соединительная ткань организма. Как известно, именно соединительная ткань, будучи производной мезенхимы, широко представлена практически во всех органах. Различные макромолекулы соединительной ткани составляют внеклеточный матрикс, в котором различные классы гликозаминогликанов — протеогликаны, гликопротеины и белковые волокна, в частности коллаген — взаимодействуют между собой и с мембранами окружающих их клеток на основе сложных физико-химических и информационных взаимоотношений. Посредством этого формируется многопараметрическая внутренняя среда организма — тканевый гомеостазис, который может заметно изменяться при С. Все это свидетельствует о том, что С. представляет широко разветвленную системную реакцию организма.

Принципиально новые данные получены при изучении механизмов эмоционального С. с позиций теории функциональных систем, предложенной П.К. Анохиным, в которой целый организм представляет слаженное взаимодействие по принципам иерархии, мультипараметричности и последовательности множества центрально-периферических саморегулирующихся функциональных систем. Все это открыло новые возможности исследования системных механизмов эмоционального С. Показано, что эмоциональный С. формируется у субъектов в условиях так называемой конфликтной ситуации, в которой субъект ограничен в возможностях удовлетворения своих ведущих социальных или биологических потребностей. Особо опасны в плане формирования эмоционального С. острые и затяжные, хронические конфликтные ситуации. Субъекты, как правило, реагируют на конфликтные ситуации естественной защитной отрицательной эмоцией, биологический и социальный смысл которой заключается в мобилизации защитных сил организма на преодоление и избегание конфликтной ситуации. В этом плане отрицательные эмоции в конфликтных ситуациях адаптивны. Однако в острых или затяжных конфликтных ситуациях отрицательные эмоции переходят в форму «застойного», «стационарного» возбуждения структур мозга. При этом изменяются химические свойства нейронов, особенно древних лимбико-ретикулярных структур мозга. В нейронах этих структур мозга усиливается экспрессия ранних генов. На этой основе продуцируются специальные белковые молекулы С. типа «белков теплового шока». Изменяется чувствительность нейронов мозга к нейромедиаторам и нейропептидам. Нейропептиды, в свою очередь, фиксируют «застойное» отрицательное состояние в структурах мозга. Благодаря распространению через соматическую и вегетативную нервную систему и гормональный гипоталамо-гипофизарный механизм «застойные» отрицательные эмоции оказывают генерализованное влияние практически на все ткани организма, нормируя тем самым системные реакции эмоционального С., включая кору больших полушарий мозга. Это в первую очередь приводит к нарушению гармонических взаимодействий различных функциональных систем организма, особенно межсистемных информационных связей. При этом формируется неспецифический информационный синдром дезинтеграции функциональных систем, нарушаются основные биоритмы организма: сон и гормональные функции. При пролонгированных конфликтных ситуациях нарушаются механизмы саморегуляции отдельных, наиболее ослабленных функциональных систем.

На основе эмоциональных С. формируются неврозы, психозы, психосоматические заболевания (нарушение сердечной деятельности, артериальная гипертензия, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, иммунодефицит, эндокринопатии и даже опухолевые заболевания). Последствием этих заболеваний являются инфаркты миокарда, инсульты. В стрессовых производственных ситуациях нарастает травматизм, алкоголизм, самоубийства.

Установлено, что в однотипных конфликтных ситуациях выявляются субъекты, устойчивые и предрасположенные к нарушению различных пси-

хических и физиологических функций. При этом субъекты, устойчивые по одним функциям, например кровяному давлению, оказываются избирательно предрасположенными по образованию язвенных поражений желудочно-кишечного тракта. Специальные опыты, проведенные на животных, показали, что устойчивость к эмоциональному С. определяется различным содержанием в мозге биогенных аминов и олигопептидов. Отдельные олигопептиды, вырабатываемые в мозге, способны подавлять экспрессию ранних генов, возрастающую в структурах мозга, и повышают тем самым устойчивость субъектов к эмоциональному С. Другие олигопептиды, наоборот, усиливают предрасположенность к эмоциональному С. Антистрессорным действием, как показали специальные эксперименты, обладают такие олигопептиды, как вещество П-пептид (вызывающий дельта-сон), пролактин и бета-эндорфин, а также гормон эпифиза мелатонин.

В проблеме С. большое значение имеет профилактика стрессорных реакций субъектов в условиях конфликтных ситуаций, диагностика С. в различных условиях жизнедеятельности и реабилитация расстройств физиологических функций, обусловленных стрессорными нагрузками.

Для целей диагностики эмоционального С. в последние годы разработаны специальные приборы — «стражи здоровья» (Юматов Е.А.), позволяющие, не мешая нормальной жизнедеятельности, контролировать параметры ведущих физиологических функций человека в естественных условиях жизнедеятельности: на рабочем месте, в домашних условиях, во время сна и т. д. При этом диагностирующие приборы выступают в качестве внешних дополнительных звеньев саморегуляции функций человека.

На первых стадиях нарушений физиологических функций в конфликтных ситуациях с успехом индивидуально применяются нелекарственные методы: психотерапия, дыхательные и физические упражнения, музыка, физиотерапевтические процедуры, акупунктура и т. п., эффекты которых контролируются на рабочем месте.

Для реабилитации последствий эмоционального С. применяются специальные мероприятия, включающие тепло-холодовые процедуры в сауне, обильный прием жидкости и прием специальных витаминных минеральных веществ.

Указанные антистрессорные мероприятия выступают в качестве дополнительных внешних звеньев (протезов) саморегуляции ослабленных функциональных систем организма.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

К.В. Судаков

Стрессовые состояния в экстремальных ситуациях — разнообразны; рассмотрим основные, которые находятся в центре внимания медицины катастроф.

Стресс (англ. stress) — давление, нажим, напряжение; по сути, это ответ организма на вопрос, который ему задает внешняя среда. Психологи рассматривают стресс как состояние, при котором в норме действующие механизмы интрапсихической защиты оказываются загруженными до невозможности эффективно функционировать, в связи с чем любое воздействие может вызвать стресс. Стресс — ответ организма: вопрос ему (воздействие, ставшее для данного человека в данных условиях стрессором) должен быть задан обязательно с непривычным для него нажимом. Такое напряженное действие среды, «стрессор», вызывает стресс — хотя и сложный, но одинаковый ответ организма на предельный на него нажим. То есть, как сформулировал более чем полстолетия назад первооткрыватель стресса канадский физиолог Ганс Селье, «стрессовая реакция неспецифична»; стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. Такой одинаковый ответ определяется сильнейшей способностью организма гибко приспосабливаться. Стресс и есть набор приспособительных реакций, входящих в состав общего адаптационного синдрома (ОАС). Таким образом, стресс — часть повседневной жизни каждого; стрессы порой необходимы; без них невозможно и даже вредно жить.

Однако стрессоры бывают разными: «стрессор-друг», приносящий пользу здоровью, стимулирует творческую деятельность; от него можно и легко отмахнуться, и через час-другой попросту забыть, или вспомнить с усмешкой и чувством некоторого неудовлетворения. Положительную роль оказывает стресс, выполняя мобилизационную функцию. Но встречается и «стрессор-враг», наносящий сильные удары по жизненно важным органам, вызывающий дистресс (англ. distress — горе, несчастье, недомогание, нужда, истощение), «патологи-

ческий стресс», состояние истощения организма, который не может дать адаптивный ответ на этот стрессор. Дистресс вредно действует на нервную систему, вызывая психические расстройства и различного рода заболевания организма; частые и длительные стрессовые состояния представляют собой факторы риска при проявлении и обострении таких заболеваний, как сердечно-сосудистые и заболевания желудочно-кишечного тракта.

Психологи изучают последствия стрессовых состояний, проявляющиеся на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях. Стресс (особенно интенсивный и (или) хронический) дезорганизует деятельность человека, нарушает нормальный ход его поведения. Независимо от разновидности стрессоров в чрезвычайных ситуациях, за редкими исключениями, последствия отрицательны: происходят эмоциональные сдвиги, деформируется мотивационная сфера, изменяется ход процессов восприятия и мышления, нарушается двигательное и речевое поведение. Впрочем, люди в силу индивидуальных различий по-разному реагируют на внешние стрессоры. Личностные особенности могут определять характер реагирования и последствия переживания стрессовых ситуаций. Так, в чрезвычайных ситуациях одни проявляют полную беспомощность и не в состоянии противостоять стрессовым воздействиям, другие, наоборот, являются стрессоустойчивыми личностями и лучше всего проявляют себя в моменты опасности и в деятельности, требующей напряжения всех своих сил. Установлено, что поведенческие реакции человека в экстремальных условиях, их временные характеристики, вообще психофизиологические возможности людей – величины чрезвычайно вариативные, зависящие от особенностей нервной системы, жизненного опыта, личностных особенностей, профессиональных знаний, навыков, мотивации, стиля деятельности.

Стресс, как и аффект (аффект может возникнуть в разных жизненных ситуациях), сопровождается сильным и кратковременным эмоциональным переживанием. Если аффект дезорганизует психику и поведение, то стресс не только дезорганизует, но и мобилизует защитные силы для выхода из экстремальной ситуации. При наличии чрезвычайной ситуации прежде всего возникает стресс; особенно сильное дезорганизующее воздействие на человеческую деятельность производят эмоциональные стрессы, достигшие уровня аффекта.

Адаптация – это динамический процесс, благодаря которому подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для существования, развития и продолжения рода. Именно механизм адаптации, выработанный в результате длительной эволюции, обеспечивает возможность существования организма в постоянно меняющихся условиях среды.

Психическая адаптация – процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время максимальное соответствие деятельности человека, его поведения требованиям среды, как физической, так и социальной.

Психология экстремальных ситуаций – одно из направлений прикладной психологии. Оно исследует проблемы, связанные с оценкой, предвидением и оптимизацией состояний и поведения человека в стрессовых ситуациях.

▸ *Левчук И.П., Третьяков Н.В.* Медицина катастроф: учеб. пособие для медвузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок. Минск: Харвест, 1999; *Сахно И.И., Сахно В.И.* Медицина катастроф (организационные вопросы). М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002

Н.В. Третьяков

Сублимация, сублимирование (лат. sublimare – возносить) – процесс, механизм и результат преобразования энергии сексуального влечения (либидо), характеризующиеся заменой сексуальной цели на цель, далекую от сексуального удовлетворения, «более отдаленную и более ценную в социальном отношении» (Фрейд З. «О психоанализе. Пять лекций», «Очерки по психологии сексуальности»); это процесс, происходящий с объектом либидо. Автор понятия – З. Фрейд.

З. Фрейд считал, что способностью к С. обладают все люди, но одни больше, а другие (многие) лишь в незначительной степени (Фрейд З. «Введение в психоанализ. Лекции»). В качестве основных форм про-

явления действия С. З. Фрейд выделял различные творческие процессы (творческую деятельность).

С. может быть понята как один из фундаментальных защитных механизмов личности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Суицид (самоубийство) — преднамеренное лишение себя жизни, добровольный уход из жизни (лат. sui — сам себя, caedes — убийство). Термин используется с XVII века. В настоящий период С. является предметом изучения суицидологии — науки о самоубийствах, носящей междисциплинарный характер и включающей такие направления науки, как психология, психиатрия, философия, социология, юриспруденция и др.

Подходы к объяснению суицидального поведения: а) биологический подход (самоубийство рассматривается как один из способов регуляции естественных процессов, например как способ преодолеть негативное отношение общества к сексуальным девиациям или как следствие наличия врожденных аномалий органов); б) социологический подход (С. анализируется с точки зрения взаимодействия человека и общества, при этом игнорируются личностные особенности человека). Так, Э. Дюркгейм считал, что мысли о С. как способе решения проблемы возникают из-за разрыва интерперсональных связей личности и группы; учитывая данный критерий, он выделяет несколько видов самоубийств: альтруистический С. (связан с традициями и обычаями общества), эгоистический С. (из-за отсутствия прочных связей с обществом), аномический С. (совершается в ситуации внезапной потери связи с обществом); в) психосоциальный подход обращает внимание на то, что суицидальное поведение обусловлено социальными, культурологическими, психическими и патопсихическими факторами; г) психодинамический подход (подчеркивается агрессивная составляющая С., а в качестве одной из основных причин самоубийства рассматривается преобладание влияния энергии смерти — Танатоса); некоторые авторы рассматривают С. как проявление аутоагрессии (агрессии человека, направленной на самого себя); д) психологический подход в контексте гештальт-психологии (в качестве причин суицидального поведения рассматриваются психологические защиты: интроекции, проекции, ретрофлексии и конфлюэнции) и др.

Под суицидальной активностью понимается любая внешняя или внутренняя активность, направляемая стремлением лишить себя жизни. Внутренние суицидальные проявления включают в себя: антивитальные мысли (фантазии человека на тему смерти), суицидальные замыслы (человек продумывает способы самоубийства, выбор средств и времени самоубийства), суицидальные намерения (к замыслу присоединяется волевой компонент). Внешние формы суицидального поведения включают в себя: суицидальные попытки (акты поведения человека, направленные на лишение себя жизни, но не закончившиеся смертью), завершенный С. (в результате действий, направленных на самого себя, наступает смерть). Обычно принято отличать попытку С. от парасуицида, когда человек причиняет вред собственному здоровью, вместе с тем не желая наступления собственной смерти (например, самоповреждение из-за нежелания служить в армии).

При анализе суицидального поведения всегда оценивают степень суицидального риска — вероятности осуществления суицидальных действий. Судить о суицидальном риске можно по суицидальным сигналам, завуалированным действиям или иносказательным высказываниям, не всегда осознаваемым суицидентом, свидетельствующим о желании человека добровольно уйти из жизни. Суицидальный риск уменьшается при наличии антисуицидальных факторов: положительных жизненных установок, комплекса личностных факторов и психологических особенностей человека, а также переживаний, препятствующих формированию и осуществлению суицидальных намерений.

Различают следующие типы С.: 1) в зависимости от цели (истинные С. — целенаправленное лишение себя жизни; демонстративно-шантажные С. — связаны с желанием добиться определенных выгод для собственной личности); 2) в зависимости от личностного смысла С. для совершившего его (протест, месть — смысл С. в воздействии на объект мести или протеста; призыв — активация помощи извне для изменения ситуации; избежание — избегание личностью наказания или страдания; самонаказание — искупление собственной вины; отказ — в данном случае цель и мотив суицидального поведения совпадают: цель — самоубийство, мотив — отказ от

существования); 3) в зависимости от его длительности: а) острый (ближайший) – в течение первой недели после совершения попытки С.; б) затянувшийся (пролонгированный) – длится до 2–3 месяцев; в) отдаленный (поздний) – наступает через 2–3 месяца после совершения суицидальной попытки; 4) в зависимости от степени сохранения суицидального поведения и суицидогенного конфликта: а) суицидально-фиксированный – суицидальные проявления сохраняются; б) аналитический – критическая оценка сделанной суицидальной попытки с дальнейшим исчезновением суицидальных проявлений; в) манипулятивный – суицидальная активность сохраняется, субъект понимает, что суицидальные действия в будущем могут служить способом воздействия на близких; г) критический – суицидогенный конфликт вскоре становится не актуальным.

В суицидальном поведении выделяют несколько периодов: пресуицид – период формирования суицидальной активности от момента возникновения суицидальных побуждений до момента осуществления суицидальных действий; сам С., который в зависимости от последствий может стать попыткой или завершенным С.; постсуицид – период после совершения суицидальной попытки.

▸ *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. М., 1980; *Дюркгейм Э.* Самоубийство: социологический этюд / Э. Дюркгейм; пер. с франц. А.Н. Ильинского. СПб.: Союз, 1998; Методы профилактики суицидального поведения / Под ред. Г.В. Акопова, Н.И. Мельченко., О.И. Ефимовой. Самара — Ульяновск, 1998; Современный психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. М.: АСТ, 2007; *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная терапия. М.: Когито-Центр, 2005; Суицидология. Прошлое и настоящее: сб. статей / Сост. А.Н. Моховиков. М.: Прогресс, 2001; *Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф.* Глоссарий суицидологических терминов. Киев, 1999; *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 1997; *Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П.* Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины. М.: Академия естествознания, 2010

О.И. Ефимова

Суицид (в психологии) (англ. suicide – самоубийство; лат. sui – себя и caedo – убить) – формы психической и поведенческой активности, имеющей целью добровольное самоуничтожение. С. может быть: а) либо актом рациональным, реализуемым в соответствии с моральными причинами (например, избегнуть утраты чести); б) либо социальным (не быть в тягость); в) мировоззренческим (религиозным, философским, определяемым личностными установками); г) либо патологическим проявлением различных психических расстройств (аффективных, тревожных, бредовых, инволюционных и пр.), т. е. может рассматриваться как вариант патологического поведения; д) либо может осуществиться в условиях острого экзистенциального кризиса.

Выделяются: суицидальные мысли, суицидальные тенденции, планы, попытки. Планы и попытки имеют наиболее высокий риск успешного завершения. Пациенты с остро возникшими попытками С. имеют большую вероятность завершить начатое, чем с хроническими тенденциями к С.

С. может иметь несколько различных функций: избегание непереносимой или слишком болезненной ситуации, аутоагрессия, призыв о помощи (самый частый случай, когда С. является посланием к окружению, расцениваемому как враждебное или равнодушное; в этом случае С. обычно ограничивается попытками).

Основные факторы риска С.: возраст после 45 лет, алкоголизм, наркомания, предшествующие суицидальные попытки, мужской пол, грубые психические расстройства, недавний развод, смерть супруга, серьезные (неизлечимые) соматические заболевания, положение безработного, одиночество и отсутствие семьи. Около 30 % попыток С. повторяются, 10 % – осуществляются; суицидальные попытки происходят в 6–7 раз чаще, чем завершенные С.

Психологические исследования С. ряда известных ученых привели к разработке следующих теорий: а) Э. Дюркгейм (1897) – роль распада семьи и нарастание социальной изоляции, теория аномии; б) З. Фрейд (1920) – С. как производное влечения к смерти; в) Дж. Коэн (Cohen J., 1966) – интеракция социальных и личностных факторов; г) Е. Штенгль (Stengel E., 1964) – следствие психических расстройств, разделение С., где саморазрушение является единственным или главным намерением, и С., где действуют другие мотивы.

Расширенный (коллективный) С. осуществляется одновременно двумя и более субъектами:

а) С. влюбленных (наиболее часты в Японии); б) инфантицид (детоубийство), предшествующий С. депрессивной матери; в) С. в религиозных сектах и пр. Групповые С. – следствие определенного психического заражения, провоцируемого одним или двумя лидерами; осуществляются в трансе или генерализованном гипнотическом состоянии.

Распространенность С.: в США – 12 на 100 тыс. человек населения (восьмая по счету среди всех причин смертности); во Франции – 12 тыс. С. в год (около 9 тыс. мужчин и 3 тыс. женщин); в Финляндии – 46 на 100 тыс. у мужчин и 11 на 100 тыс. у женщин (самый высокий уровень в Европе); в России наиболее распространены С. среди военнослужащих срочной службы.

Профилактика С.: создание антикризисных центров, телефонов доверия, выявление «рецидивных С.». Лечение осуществляется в рамках основного заболевания (при его наличии); показания к госпитализации: бредовое состояние, импульсивность, отсутствие социальной и семейной поддержки, наличие суицидального плана, повторный суицид.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.П. Зинченко

Сценарий жизни – в трансактном анализе предполагается, что в детстве люди бессознательно «пишут» для себя сценарий всей своей жизни.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Танатос (Фанатос, Танат, Фанат) (греч. thanatos – смерть) – а) бог смерти; б) олицетворение смерти; в) персонифицированное обозначение инстинкта смерти, влечения к смерти, инстинкта и влечения к агрессии и деструкции. Как общее эмблемное обозначение смерти Т. получил разнообразные отражения в мифологии, искусстве и психологии (главным образом в психоанализе).

1. Согласно распространенной древнегреческой мифологической версии, бог смерти Танатос был сыном Никты (Ночи) и братом-близнецом бога сна Гипноса; изображался обычно крылатым юношей с погашенным факелом в руке (иногда с крыльями и разящим мечом). Считалось, что Т. обладает железным сердцем, не любит даров и ненавистен богам. На протяжении длительного времени культ Т. существовал в Спарте.

По другой версии, Т. была богиней смерти, выполнявшей поручения Зевса. Согласно одному из мифологических сюжетов, Сизиф, за которым была послана Т., обманул ее, заковал в цепи и держал в плену несколько лет, на протяжении которых люди на Земле вообще не умирали. Впоследствии освобожденная Т. все-таки увела Сизифа в Аид, но он сумел вновь обмануть богиню и возвратился на Землю, став первым и единственным умершим, сумевшим вернуться к живым.

2. В античной художественной литературе и искусстве образ Т. нашел отражение в ряде различных произведений (например, в трагедии Еврипида «Алкестида» излагался миф о том, что Геракл отбил у Танатоса Алкестиду).

3. В психологии XX в. формирование представлений о существовании неких сил смерти осуществлялось под влиянием соответствующих философских (Шопенгауэр А. и др.) и биологических (Вейсман А. и др.) идей.

Наиболее систематически идеи о существовании инстинкта смерти и влечения к смерти, инстинкта и влечения к деструкции и агрессии развивались группой видных психоаналитиков (Вейсс Э., Кляйн М., Федерн П., Фрейд З., Шпильрейн С., Штекель В., Штерке А. и др.). В психоанализ представление о Т. и само понятие, по-видимому, впервые ввел австрийский психоаналитик В. Штекель. Закрепление и распространение понятия «Т.» и придание ему категориального статуса в значительной мере связано с работами австрийского психоаналитика П. Федерна.

В трудах З. Фрейда понятие «Т.» не присутствует, хотя, по свидетельству Э. Джонса, Фрейд неоднократно употреблял его устно для обозначения постулированного им инстинкта смерти (влечения к смерти, деструкции и агрессии), которому противостоит Эрос (инстинкт сексуальности, жизни и самосохранения). В психоанализе борьба Эроса и Танатоса трактуется как активное, фундаментальное и определяющее основание жизни и психической деятельности человека. По З. Фрейду, инстинкт смерти функционирует на основе энергии либидо; его направленность вовне (на людей и различные предметы) выступает в форме агрессии или деструктивных

действий (например, садизм, вандализм и т. д.), а направленность внутрь (на индивида, являющегося его носителем) выступает в формах мазохизма и других перверсий, саморазрушения и самоубийства. По З. Фрейду, тенденцию инстинкта смерти (влечения к смерти) определяет принцип нирваны, в силу чего основной задачей и главным содержанием влечения к смерти является возвращение всех живых организмов в безжизненное состояние.

В постфрейдистской психоаналитической традиции наиболее последовательно и полно идею о существовании Т. развивали австрийские психоаналитики П. Федерн и М. Кляйн. Согласно гипотезе П. Федерна, функционирование Т. обеспечивается энергией мортидо (особой энергией инстинкта смерти, аналогичной либидо). Менее распространенная гипотеза Э. Вейсса утверждает, что энергетическую основу Т. составляет деструдо (особая энергия деструкции, аналогичная либидо).

Понятие «Т.» ныне активно и весьма часто употребляется не только в психоанализе и психологии, но и за их пределами. Хотя проблема существования инстинкта (влечения) смерти (к смерти) и комплекса сопряженных с ней вопросов продолжает оставаться предметом научных дискуссий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Телесный панцирь — понятие, введенное В. Райхом, под которым понимается физическая составляющая всех приемов, используемых Эго (в терминологии З. Фрейда) для защиты от инстинктного или эмоционального напряжения. В. Райх полагает, что физический характерный панцирь состоит из хронических мышечных напряжений и представляет собой «соматическую сторону процесса подавления и основу его продолжающегося существования». В. Райх утверждает, что телесный и психический панцири функционально тождественны, т. е. ригидность мускулатуры и механизмы интрапсихической защиты «служат одной и той же функции в психическом аппарате; они способны влиять друг на друга и заменять друг друга. По существу, они не могут быть разделены; по функции они тождественны».

Райх приходит к выводу, что сопротивление пациента психоаналитической терапии служит проявлением не только психических защитных механизмов, но также имеет телесные корни. Мышечный панцирь активно противодействует превращению бессознательных процессов в сознательные и сопротивляется любому психическому изменению. Райх обнаружил, что «люди реагируют интенсивной ненавистью на всякую попытку нарушить невротическое равновесие, поддерживаемое их защитным панцирем». В связи с этим Райх подчеркивает важность расслабления мышечного панциря и высвобождения блокируемой им энергии в дополнение к аналитической работе с психологическим материалом. Телесная броня, мешая свободному протеканию энергии в теле, приводит, с точки зрения Райха, к трансформации сильных эмоций, выражению которых препятствует страх. Такие «неразрешенные» эмоции подавляются, ограничиваются или искажаются, порождая феномен «неоконченных эмоциональных переживаний» (Райх В., 1927). Постоянное удержание их под контролем приводит к еще большей телесной и психической ригидности. Если, например, сдерживаются сексуальные чувства, то, как отмечает Райх, у субъекта возникают эмоции агрессии, гнева, ярости как реакция на фрустрацию, вызванную лишением сексуального удовлетворения. Эти эмоции, в свою очередь, подавляются телесной броней. Райх описывает, как «зажатый своим защитным панцирем индивидуум не способен распустить его. Он не способен также выразить простейшие биологические эмоции. Ему знакомо лишь ощущение щекотки, а не сексуального удовольствия. Он не может испустить вздоха удовольствия или имитировать его. Если он попытается — это будет стон, сдавленное рычание или импульс рвоты. Он не способен также испустить гневный крик или даже изобразить удар кулаком по кушетке». Распускание мышечной брони и разблокирование неоконченных эмоциональных переживаний позволяет пережить их еще раз, но на этот раз полностью, завершив внутренний опыт и сняв эмоциональное напряжение.

Таким образом, один из возможных путей формирования хронических мышечных зажимов может быть описан следующим образом: сексуальное возбуждение сопровождается страхом наказания, страх рождает тревогу, тревога активизирует телесную броню, броня подавляет сексуальный импульс, возникает фрустрация, фрустрация ведет к агрессии, агрессия сопровождается страхом наказания, страх рождает тревогу, тревога активизирует

телесную броню, которая подавляет негативные эмоции.

Райх утверждал, что телесный панцирь можно наблюдать на семи уровнях тела: на уровне глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза. Паттерны хронических мускульных зажимов на каждом уровне действуют как горизонтальные барьеры на пути свободного течения энергии вверх и вниз по телу, блокируют полное переживание значимых ситуаций и порождают неоконченные эмоциональные переживания. Для освобождения мышц от перенапряжения и расслабления телесной брони Райх разработал ряд «вегетотерапевтических» методик в измененных состояниях сознания. Постепенное и систематическое расслабление мышечного панциря и восстановление свободного протекания энергии в теле приводит к замене ригидного невротического контроля на способность произвольно регулировать действия собственных защитных систем: активизировать мышечную броню в случае необходимости или, напротив, полностью снять ее и быть способным к свободному эмоциональному самовыражению.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Тело (в философии) (греч. telos — конец, совершение) — комплексное понятие, широко используемое в психологии, философии, медицине, биологии, технических науках, искусстве, в обыденной жизни и др.; употребляется для характеристики всеобщих, присущих всем предметам и вещам, механизмам и организмам качеств, обладающих свойством хранить и творить структурную целостность. Т. при этом — всегда отдельный предмет в пространстве, а также часть пространства, заполненная материей, каким-нибудь веществом или ограниченная какой-либо замкнутой поверхностью. Например, твердые, жидкие и газообразные Т., геометрические Т., небесные Т. (планеты, звезды). В живой природе Т. — это еще и активно функционирующий организм животного или человека, где различные органы (мозг, сердце, легкие, желудок, печень и т. д.) выполняют свои специфические функции целого. Все формы и виды жизнедеятельности организма осуществляются только в телесной форме, через Т. и с помощью Т. Мертвое Т. — это труп. Телесная организация человека, с одной стороны, вписывается в мир живой природы, с другой — она обособляется от нее и обусловливает деятельное отношение человека к природной среде. Вместе с тем человеческое Т. приобретает особые специфические черты, благодаря которым человек включается в социально-культурную реальность. Т. современного человека — это результат взаимного процесса органического и социально-исторического, культурного становления человеческого вида, получившего название «homosapiens». Человеческое Т. образует из вещей и предметов вокруг себя особую сферу, получившую название «неорганическое Т. человека». Это все то, что позволяет человеку эффективнее использовать все органы Т., но особенно мозг, руки, ноги: компьютер, автоматы, машины и т. д. Неорганическое Т. человека, по образному выражению К. Маркса, есть мир освоенных человеком природных объектов. «Смешение» биологического Т. с неорганическим Т. человека означает, по сути дела, изменение у него ощущения границ своего Т., что оказывает существенное воздействие на его миропонимание в целом. Человеческое Т. несет в себе целый комплекс природных задатков и психических свойств (особенностей памяти, воображения, темперамента, характера и т. д.), специфичности его мышления (предметное, образное, абстрактное), а также чисто человеческих потребностей и интересов. Человеческий индивид, по существу, есть одушевленное и одухотворенное Т. Для каждого человека его собственное Т. есть центральный объект внутренних переживаний, страданий или восторга и любования как наглядное воплощение его целостного «Я».

Понятие о Т. всегда представляется в сознании человека в виде знания. И эти знания (образ Т., понятие) оказывают существенное влияние на развитие личностных черт и поведение человека, на восприятие им своего места в мире вообще, в живой природе, на формирование взаимоотношений с ними. Любые телесные изменения (связанные, например, со старением, травмами или являющиеся результатом хирургического вмешательства) имеют огромное психологическое значение и опосредствованно влияют на ценностные установки и все мироощущение человека. Влияние психики на Т. активно изучается психосоматической медициной.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.М. Хрусталев

Тики (в психиатрии) – привычные быстрые, непроизвольные, стереотипно повторяющиеся движения (мигание, наморщивание лба, подергивание головой, плечами, «хрюкающие» и «хмыкающие» звуки). Возникают обычно в возрасте 3–7 лет у 4,5 % мальчиков и 2,6 % девочек, воспринимаются ими как чуждые, болезненные, как дурная привычка, могут быть на время подавлены с помощью воли, однако это требует усилий и вызывает напряжение. Дети, увлеченные игрой или чтением, не замечают Т., подростки стесняются их. Примерно в двух из трех случаев Т. имеют невротическую природу, связаны с особой (не всегда патологической) реакцией ребенка на дисгармонию в семье. В этом случае специального лечения не требуется, психологическая разгрузка и семейная коррекция облегчают состояние; по мере взросления Т. проходят совсем, иногда они повторяются у взрослого на фоне стресса. У части больных к Т. позже добавляются страхи и навязчивые действия (обсессивно-фобический невроз). Менее благоприятно течение распространенных (генерализованных) Т. в виде подергиваний разных частей тела, вскриков, произнесения бранных слов (синдром Жиля де ля Туретта); в этом случае Т. прогрессируют, требуется постоянное лекарственное лечение. Стереотипные Т., которые ребенок не чувствует и не замечает, следует дифференцировать с эпилепсией. Для исключения органических заболеваний и эпилепсии требуется консультация врача-психиатра.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.Г. Тюльпин

Травма психическая – глубоко индивидуальная реакция на то или иное, как правило, трагическое или чрезвычайно значимое для личности событие, вызывающее чрезмерное психическое напряжение и последующие негативные переживания, которые не могут быть преодолены самостоятельно и вызывают устойчивые изменения состояния и поведения.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Транс (франц. transir – оцепенеть) – 1) расстройство сознания, проявляющееся автоматическим выполнением сложных актов поведения на протяжении нескольких минут или более длительного времени, без осознания окружающей ситуации и целей своих поступков. Так, в состоянии Т. человек может внезапно броситься бежать, начать повторять сложные ритмические действия и движения. Иногда им могут совершаться довольно длительные путешествия. Т. наступает и оканчивается внезапно. Воспоминания об этом периоде отсутствуют. Поведение человека при Т. может казаться окружающим упорядоченным, он в состоянии отвечать на простые вопросы, выполнять привычные действия. Т. наблюдается при неврозах, эпилепсии и некоторых других психических заболеваниях; 2) гипнотическое состояние при глубоком гипнозе, сомнамбулизме, самогипнозе; 3) практикуется в восточных религиях, а также в некоторых техниках психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Транспозиция аффекта (лат. transpositio – перестановка; лат. affectus – душевное волнение, страсть) – перемещение чувств человека с одного объекта на другой, поскольку объект, на который транспонируется аффект, является социально более соответствующим. Синоним термина – смещение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Тревога (англ. anxiety) – отрицательное эмоциональное состояние, связанное с предчувствием грозящей опасности.

Понятие «Т.» было введено в психологию З. Фрейдом, разделявшим конкретный страх (Furcht) и неопределенный, безотчетный страх – тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер (Angst). В философию подобное разграничение было введено С. Кьеркегором, а затем последовательно оно проводилось философией экзистенциализма. От указанного понимания Т. следует отличать «тревогу» по Г. Селье (англ. – alarm reaction) – первую стадию адаптационного синдрома, сигнала к мобилизации защитных сил организма.

В современной психологии и психотерапии «Т.» и «страх» иногда используются как взаимозаменяемые понятия. Тем не менее они качественно различаются: 1) по определенности угрозы; 2) по объекту угрозы. В первом случае Т. связана с неопределенной, диффузной, безобъектной угрозой, а страх – с явной и определенной угрозой. Во втором случае объект угрозы может быть: а) социально-личностным, связанным с представлениями о себе, потребностями «Я», ценностями, межличностными отношениями, положением в обществе и прочими факторами, вызывающими Т.; б) объект угрозы может быть «витальным», угрожающим целостности и существованию человеческого организма, что, естественно, вызывает страх.

Различают также ситуативную Т., характеризующую состояние субъекта в определенный момент, и тревожность как относительно устойчивое личностное образование (Кэттел Р., Спилбергер Ч., Ханин Ю.Л.). На физиологическом уровне реакции Т. проявляются в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порогов чувствительности. На психологическом уровне Т. ощущается как напряжение, озабоченность, нервозность, чувство неопределенности, грозящей неудачи, невозможности принять решение и др. По мере нарастания состояния Т. выражающие ее проявления претерпевают ряд закономерных изменений. Оптимальный уровень Т. необходим для эффективного приспособления к действительности (адаптивная тревога). Чрезмерно высокий уровень Т. (как и чрезмерно низкий) вызывают дезадаптивную реакцию, проявляющуюся в общей дезорганизации поведения и деятельности. Т. может быть ослаблена произвольно – с помощью активной деятельности по достижению цели или специальных психотерапевтических приемов, а также непроизвольно – в результате действия защитных механизмов психики.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.М. Прихожан

Тревожного ряда явления – понятие, введенное Ф.Б. Березиным (1967, 1988), – эмоциональные состояния, закономерно сменяющие друг друга и (или) присоединяющиеся друг к другу по мере возрастания и нарастания состояния тревоги.

Первый уровень Т. р. я. – ощущение внутренней напряженности – характеризуется наименьшей интенсивностью тревоги и имеет наибольшее адаптивное значение. Выражается в переживаниях напряженности, настороженности, дискомфорта. Это ощущение не несет в себе признака угрозы, а служит сигналом приближения более выраженных тревожных явлений. Второй уровень – гиперстезические реакции – выражается в том, что ранее нейтральные стимулы приобретают значимость, а при усилении – отрицательную эмоциональную окраску. На этом основывается недифференцированное реагирование, характеризуемое как раздражительность. Третий уровень – собственно тревога – проявляется в переживании неопределенной угрозы, чувстве неясной опасности. Четвертый уровень – страх – проявляется в опредмечивании, конкретизации неопределенной опасности. При этом объекты, с которыми связывается страх, не обязательно отражают реальную причину тревоги. Пятый уровень – ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы – выражается в переживании невозможности избежать опасности, неминуемости катастрофы, ужасе, связанном не с содержанием страха, а с нарастанием тревоги. Подобные переживания может вызывать и неопределенная, но очень сильная тревога. Шестой, наиболее высокий уровень, – тревожно-боязливое возбуждение – выражается в потребности в двигательной разрядке, паническом поиске помощи. Дезорганизация поведения и деятельности, вызываемая тревогой, достигает при этом своего максимума.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.М. Прихожан

Тревожность – индивидуальная психическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также низким порогом ее возникновения. Рассматривается как личностное образование и (или) как свойство темперамента, обусловленное слабостью нервных процессов. Впервые была описана З. Фрейдом, выделившим три основных вида Т.: 1) реальный страх – на опасность во внешнем мире; 2) невротическая Т. – на опасность неопределяе-

мую и неизвестную; 3) моральная Т., «тревожность совести», — на опасность, идущую от СуперЭго.

Выделяется также устойчивая Т. в какой-либо сфере — частная, «связанная» (школьная, экзаменационная, межличностная и др.), и общая, «разлитая», свободно меняющая объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. Различается также адекватная Т., являющаяся отражением неблагополучия человека в той или иной области, хотя конкретная ситуация может и не содержать угрозы, и неадекватная Т., или собственно Т., — в благополучных для индивида областях действительности (Божович Л.И., Кисловская В.Р.).

В работах неофрейдистов в качестве основной причины Т. выделяется неблагополучие раннего опыта отношений ребенка с другими людьми, в результате которого у ребенка не формируется чувство «мы», а, напротив, развивается переживание глубокой ненадежности и смутной озабоченности, чувство изолированности и беспомощности в потенциально враждебном ему мире — базальная тревога (Хорни К.). Возникая в раннем опыте, Т. сопровождает человека всю жизнь, во многом определяя его отношения с другими людьми (Салливэн Г.С.). В бихевиоризме Т. — выученная реакция на угрожающие стрессовые ситуации, «микрострессы»: события, ассоциирующиеся с подобными обстоятельствами, становятся триггерами новых переживаний Т.

Вопрос о причинах Т. до сих пор остается открытым, однако в настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой Т., имея природную основу, складывается прижизненно. У детей — в результате неправильных действий родителей, позже — педагогов, не дающих ребенку чувства защищенности, межличностной надежности. В более взрослом возрасте Т. может порождаться внутренними конфликтами, прежде всего самооценочного характера. Т. является показателем неблагополучия личностного развития и, в свою очередь, оказывает на него отрицательное влияние. Отрицательно влияет также нечувствительность к реальному неблагополучию, «защищенность», возникающая под действием защитных механизмов, прежде всего вытеснения, и проявляющаяся в отсутствии тревоги даже в потенциально угрожающих ситуациях.

Т. может являться предвестником невроза, а также его симптомом и механизмом его развития; входит в качестве одного из основных компонентов в «посттравматический синдром», т. е. комплекс переживаний, обусловленных пережитой психической и (или) физической травмой. Среди других видов психических расстройств с Т. связаны фобии, ипохондрия, истерия, навязчивые состояния и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.М. Прихожан

Тревожность (в психологии спорта) — 1) склонность спортсмена к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги; 2) один из основных параметров индивидуальных различий и ключевых индикаторов психологической готовности спортсменов. Существует связь Т. со слабостью, инертностью и неуравновешенностью нервных процессов. Т. приводит к тому, что спортсмен реагирует на слабый раздражитель так же, как если бы он был связан с чрезмерно сильной мотивацией. В определенных ситуациях (как правило, воспринимающихся как угрожающие) Т. оказывает такое же влияние на результативность деятельности, как мотивация (Горбунов Г.Д., 1986; Ильин Е.П., 2009; Кретти Б.Дж., 1978); 3) повышенная склонность испытывать тревогу по поводу реальных или воображаемых опасностей.

Следует различать понятия «Т.» и «тревога». Тревога — эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании интересующего события, по исходу своему неизвестного (приятным оно будет или неприятным) и потому волнующего. Тревога — это первая эмоциональная реакция при стрессе; она не только предупреждает о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности с установкой определить угрожающий предмет. Тревога может проявляться как ощущение беспомощности, неуверенности в себе, бессилия перед внешними факторами, преувеличение их могущества и угрожающего характера. Различают тревогу ситуативную, характеризующую состояние в данный момент, переживаемую в конкретных обстоятельствах (т. е. «здесь и сейчас»), и базовую тревогу, устойчивую во времени (как черту личности). Термин «базовая тревога» часто заменяется понятием «Т.» как повышенная склонность испытывать тревогу по поводу реальных или воображаемых опасностей.

Причинами возникновения у спортсмена ситуативной тревоги могут быть: 1) осознание важности, значительности, высокой ответственности своего выступления в соревновании; 2) несоответствие своего уровня подготовленности требованиям предстоящей соревновательной борьбы; 3) психическое состояние спортсмена с повышенной тенденцией прогнозировать неуспех в соревновании; 4) неадекватная оценка собственных действий и действий соперника; 5) выполнение упражнений, связанных с риском и опасностью, и др. В спортивной психологии принято разделять ситуативную тревогу на два типа: когнитивную и соматическую. Под когнитивной тревогой понимаются негативные ожидания, опасения о себе, ситуации и потенциальных последствиях. Под соматической тревогой понимается восприятие субъектом физиологических и аффективных элементов переживания тревоги, к которым традиционно относят такие состояния, как напряжение и нервозность. Субъективно показателями тревоги являются, как правило, ощущение беспомощности и общая дезорганизация деятельности, приводящая к изменению направленности последней и снижению ее результативности. Переживание тревоги у спортсменов может сопровождаться затруднениями в дыхании (чувство стеснения в горле и груди), сильным сердцебиением, повышением АД и ЧСС, уменьшением слюноотделения; а также рвотой, потением, тремором или диурезом (Сопов В.Ф., 2002).

Исследования Т. в спортивной психологии связывают прежде всего с работами К. Халла, Р. Мартенса и Ю. Ханина. К. Халл предполагал наличие линейной зависимости между успешностью действия и уровнем тревоги. По его мнению, сила привычки и драйв математически могут быть представлены как $P = f(H \times D)$, где H – сила привычки, D – драйв (например, тревога), а P – успешность действия. Известно также представление о тревоге спортсменов, связанное с законом Йеркса–Додсона, согласно которому для каждой деятельности есть такой оптимальный уровень возбуждения (тревоги в данном случае), при котором ее выполнение будет наиболее успешным. Согласно теории Р. Мартенса, соматическая тревога имеет «U перевернутую» зависимость с успешностью действия, тогда как возрастание когнитивной тревоги приводит к снижению эффективности действия. Другими словами, Р. Мартенс считал, что на протяжении периода подготовки к соревнованию и во время самого соревнования уровень когнитивной тревоги должен быть стабилен (поскольку он отражает общее представление спортсмена о своих способностях и его ожидания). В то же время уровень соматической тревоги, наоборот, должен быть достаточно низким во время подготовки к соревнованиям, резко увеличиться перед началом соревнований и снова снизиться во время самих соревнований. В свою очередь, Ю. Ханин предполагает существование индивидуальной зоны оптимального функционирования, согласно которой для каждого спортсмена существует оптимальная интенсивность различных эмоциональных состояний, которые обеспечивают максимальную эффективность его деятельности. Исходя из модели, предложенной автором, можно также предсказать уровень тревоги спортсмена непосредственно перед соревнованием на основании показателя уровня его Т., демонстрируемого за несколько дней и даже недель перед стартом.

▸ *Вяткин Б.А.* Умей побеждать, спортсмен! Советы психолога. Пермь: Пермское книжн. изд-во, 1995; *Горбунов Г.Д.* Психопедагогика спорта. М.: ФиС, 1986; *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2009; *Кретти Б.Дж.* Психология в современном спорте. М., 1978; Психология спорта: хрестоматия / Сост.-ред. А.Е. Тарас. М: АСТ; Минск: Харвест, 2007. С. 142–143; *Сопов В.Ф.* Психическая саморегуляция в физической культуре и реабилитации // Эмоциональная саморегуляция: теоретические основы и прикладные аспекты. Самара, 2002

А.Е. Горовая

Трема (лат. tremere – дрожать) – нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, подавленности, страха вплоть до паники (подобное переживаниям гладиатора перед выходом на арену). В некоторых случаях появляется чувство вины, возможно и тревожное возбуждение, общее двигательное беспокойство в сочетании с тревогой и страхом. В большинстве случаев пациенты испытывают ужас не перед конкретными обстоятельствами – их страх касается фундаментальной «небезопасности» и угроз со стороны чуждого мира, нереального, не вызывающего доверия. Налицо ситуация несчастья, которая почти очевидна, но вместе с тем не совсем ясна. Угрожающая неопределенная личная

катастрофа часто предваряется «настроенностью на преобразование мира», которая иногда трансформируется в бредовое переживание гибели мира. Случается, что это состояние сменяется беспричинно повышенным настроением.

Симптом описан немецким психиатром К. Конрадом, является характерным для дебюта шизофрении.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

«Тропизмов» система (греч. tropos — поворот, направление; systema — составление из частей) — психоаналитическая классификация первичных мотивов человеческого поведения, предложенная Л. Зонди (Szondi L. Schicksalanalyse. Basel, 1948). Игнорируя то значение понятия тропизма, которое принято в биологии, он выделил и описал следующие виды «тропизмов». Базовый «генотропизм» представляет собой некую энергию, обусловленную прежде всего генетическими факторами, которая является основой для притяжения людей друг к другу и выступает фактором избирательности в контактах. «Либидотропизм» выступает как побуждение к выбору сексуального партнера. «Идеалотропизм» ведет к поиску и выбору друга, имеющего схожий психологический модус. «Оперотропизм» — это побуждение к выбору определенного профессионального занятия. «Морботропизм» обусловливает решение жизненных проблем с помощью ухода в определенную болезнь. «Танатотропизм» — это стремление к смерти.

Развиваясь в запрограммированной последовательности и закрепляясь при определенных условиях, Т. с. определяет специфику человеческой индивидуальности. В частности, достаточно подробно Л. Зонди рассмотрел профессиональное развитие, понимаемое им как преобразование опасного импульса в социально одобряемую профессиональную позицию. По его мнению, если не удается адекватная реализация «либидотропизма» через выбор подходящего сексуального партнера, то психологическая энергия, не востребованная в этом случае, может искать свой выход в выборе определенной профессии, где в индивидуальном представлении типичные работники трудового сообщества могут наделяться определенными либидозными чертами. Причем конкретное опредмечивание «оперотропизма» может происходить разными путями. Если индивидом выбирается профессия с подчеркнутыми социальными, в частности репрессивными, признаками, то признается, что в этом случае защита «Я» от угрожающих внутренних импульсов произошла за счет усиления «Я-идентичности», — это формирование «защитного оперотропизма». Если защита «Я» не удается и угрожающие импульсы проникают в сознание, а поведение регрессирует до более ранней ступени развития, тогда профессиональный выбор будет иметь форму «клапанного оперотропизма». Если же оказывается возможным объединить в профессиональном выборе стремление всех уровней, от либидозного до социального, то это обозначается как «интегральный оперотропизм».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Трудности в общении в контексте психологии здоровья. Трудности в общении изучаются в контексте различных концептуальных схем. К ним можно подойти и с позиций психологии здоровья (Творогова Н.Д., 2003). По определению Б.Ф. Ломова (1984), психология здоровья — это междисциплинарная область психологических знаний о причинах заболеваний, факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека. Здоровье в соответствии с определением, включенным в Устав Всемирной организации здравоохранения (1948), понимается как состояние полного физического, психического и социального благополучия (а не только как отсутствие болезней и физических дефектов). Таким образом, одним из показателей состояния здоровья человека рассматривается состояние его социального благополучия. Социальному благополучию личности, которое может осознаваться, сопровождаться теми или иными субъективными оценками, переживаниями, способствует успешность ее общения, умение адекватно воздействовать на окружение, быть социально успешным. Устойчивые трудности в общении в тех или иных сферах жизни человека рассматриваются в контексте психологии здоровья как одна из групп показателей его социального неблагополучия, вза-

имосвязанного с состояниями его психического, физического, духовного неблагополучия. С другой стороны, состояние социального благополучия/неблагополучия сказывается на направленности, формах общения, на используемых средствах общения и др. Переживание, осознание своего социального неблагополучия в некоторых случаях помогает преодолеть возникшие в процессе общения трудности, в других случаях само порождает трудности в мотивационной сфере, восприятии социальной ситуации, себя, партнеров по общению, может актуализировать неадекватные коммуникативные действия и операции, порождать неадекватную обратную связь и пр. Взаимосвязь объективных показателей социального благополучия/неблагополучия человека с его субъективным переживанием неоднозначна.

Личность, благодаря осознанному, нацеленному на позитивные цели, успешному общению, обладает возможностью влиять на уровень своего социального благополучия, и благодаря этому может опосредованно влиять на свое состояние психического, физического благополучия (модель социопсихосоматических взаимосвязей), на уровень своего здоровья.

Социальный контекст, в котором личность общается, «здоровое»/«больное» общество (ВОЗ использует понятие «общественное здоровье») также способны порождать специфические трудности в общении конкретной личности, влиять на ее социальное благополучие. Однако за свое субъективное состояние социального благополучия/неблагополучия личность в ответе сама; способна, например, не только не допускать уныния, но и разрушить субъективное состояние благополучия даже при отсутствии внешних, средовых причин. Будет ли личность испытывать субъективное состояние социального благополучия или неблагополучия, зависит не только от внешних по отношению к ее личности факторов. Таким образом, трудности в общении, его социальный контекст могут как разрушать субъективное состояние социального благополучия личности, так и стать вызовом для ее дальнейшего развития, совершенствования общения, что в конечном счете будет повышать уровень ее социального благополучия.

Трудности возникают не только в обыденном общении (в семейном, межличностном и др.), но могут встречаться и в профессиональном общении. Развитие своих коммуникативных способностей, умение решать профессиональные коммуникативные задачи – показатели профессиональной компетентности представителя помогающей профессии. Для профессионального общения психолога, медицинского, социального работника и др. важна способность осознавать возникающие трудности в общении, поддерживать нацеленность последнего на обеспечение здоровья пациента (клиента), его физического, психического, социального и духовного благополучия, на поддержание своего собственного здоровья, в частности на поддержание у себя субъективного состояния социального благополучия.

▸ *Творогова Н.Д.* Деловое общение. Рабочая тетрадь. Вып. 3. М., 2001; *Она же.* Общение: диагностика и управление. М., 2002; *Она же.* Развитие коммуникативных навыков врача // Главврач. 2003. № 6; *Она же.* Социальное благополучие личности // Психология здоровья: семейный аспект. М., 2004

Н.Д. Творогова

Умственная отсталость – группа синдромов органической природы, проявляющихся выраженным общим психическим недоразвитием с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Синонимы: олигофрения, задержка психического развития.

Признаками У. о. считают позднее формирование навыков, неспособность к абстрактному мышлению, эмоциональный инфантилизм. Причиной У. о. могут быть самые различные факторы (генетические, инфекционные, интоксикационные, иммунные, травматические), подействовавшие до рождения или в первые 2–3 года жизни; современная медицина может установить точную причину не более чем в 40 % случаев. Частота У. о. среди населения составляет около 1 %; соотношение мальчиков и девочек колеблется около 1,5–2 : 1. В течение жизни У. о. не прогрессирует, однако навыки, присущие здоровым детям, складываются позже или не формируются совсем.

Классификация степеней У. о. проводится в соответствии с индексом IQ: до 69 % – легкая (дебильность), до 49 % – средняя (умеренная имбецильность), до 34 % – тяжелая (выраженная имбецильность), до 20 % – глубокая (идиотия).

Легкая степень У. о. встречается существенно чаще (до 85 % всех случаев), чем тяжелые. Обучение чтению, письму, элементарному счету в условиях

специализированной школы возможно только при легкой У. о.; получение полноценного среднего образования невозможно. Лица с дебильностью могут получить несложную профессию и трудиться под контролем наставника, вести домашнее хозяйство. При более тяжелых степенях У. о. необходим постоянный надзор и уход. В соответствии с законом РФ диагноз «У. о.» может поставить только врач-психиатр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.Г. Тюльпин

Управляемость воспринимаемая — убеждение индивида в том, что его внутренние, или личностные, ресурсы позволяют влиять желаемым образом на положение дел и результаты.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Фактор (в медицине) (factor; синоним: determinant — детерминанта) — а) событие, свойство или другой определимый признак, которые связываются с изменениями в состоянии здоровья или другом определенном исходе; б) независимая переменная, которую используют для установления числовыми кодами принадлежности к качественно различным группам; в) подразумевается причинная роль фактора (например, «перенаселенность является фактором распространения заболеваний»; в данном случае «перенаселенность» представляет собой наивысшую степень фактора «населенность»).

Фактор риска (risk factor) (ФР) — а) потенциально опасное для здоровья явление поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера окружающей среды, повышающее вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход; б) аспект поведения человека или образа его жизни, условие среды или врожденная, унаследованная особенность, которые связаны (эпидемиологические данные) с состоянием, относящимся к здоровью, которое считается важным предотвратить; в) признак или экспозиция, связанные с повышенной вероятностью конкретного исхода, такого как заболевание; не обязательно причинный фактор (маркер риска). Термин «ФР» стал популярен после его частого использования Т.Р. Даубером и другими в отчетах Фремингемского исследования.

Детерминанта — любой фактор или событие, характеристика или другая определимая единица, которая может дать знание об изменениях в состоянии здоровья или другом признаке; не относится к детерминистской философии здоровья. Детерминанта может быть изменена вмешательством таким образом, чтобы снизить вероятность возникновения заболевания или других конкретных исходов (во избежание путаницы может называться также «изменяемым ФР»).

Дополнительный (атрибутивный) риск (attributable risk) (ДР) — приписываемая данному воздействию частота (пропорция) возникновения случаев заболевания или другого исхода среди подвергающихся воздействию лиц. Эта величина вычисляется вычитанием частоты исходов (обычно инцидентности или смертности) среди не подвергающихся воздействию из частоты среди подвергающихся. Предполагается, что другие причины, помимо изучаемых, одинаково влияют на группу подвергающихся и не подвергающихся воздействию. Ксожалению, термин «ДР» использовался для определения различных понятий (включая the attributable fraction in the population, the attributable fraction among the exposed, the population excess rate, the rate difference). Поэтому всем, кто им пользуется, нужно тщательно его определять.

Вмешивающийся фактор (синоним: конфаундер) (confounding variable, confounder) (ВФ) — переменная, которая может вызвать или предотвратить изучаемый исход, но не является промежуточной в причинной цепи и связана с изучаемым воздействием. Если поправки на ВФ внести невозможно, то его влияние не будет отличимо от влияния изучаемого воздействия (воздействий). При внесении поправок на факторы, которые частично вызваны изучаемым воздействием и также коррелируют с исходом, могут возникнуть систематические ошибки.

Вмешивающихся факторов влияние (синоним: конфаундинг) (confounding, от лат. confundere — смешивать) — а) ситуация, при которой влияние двух процессов не разделяется; б) искажение видимого эффекта экспозиции, вносимое его связью с другими факторами, которые могут влиять на исход; в) соотношение между влияниями двух и более причинных факторов, наблюдаемое в набо-

ре данных, в котором логически невозможно разделить вклады отдельных причинных факторов; г) ситуация, в которой мера влияния экспозиции на риск искажается, поскольку экспозиция сочетается с действием других факторов, влияющих на изучаемый исход.

Факторы среды обитания – биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха), климатические, иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений.

▸ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 19, 20; Эпидемиологический словарь / Под ред. Джона М. Ласта для международной эпидемиологической ассоциации. 4-е изд. М., 2009. С. 61, 235; *Dawber T.R. et al.* Some factors associated with the development of coronary heart disease: 6 years followup experience in the Framingham Study. Am. J. Pub. Health. 1960; 49: 1349–1356; *Weinbeg C.R.* Towards a clearer definition of confounding. Am. J. Epidemiol. 1993; 137: 1–8

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Фактор нейропсихологический – структурно-функциональная единица работы мозга, поражение которой приводит к появлению нейропсихологического синдрома; одно из основных понятий теории системной динамической локализации высших психических функций.

Согласно представлениям А.Р. Лурии, все образования мозга подразделяются на две категории: те, поражения которых ведут к появлению только неврологической симптоматики, и те, при поражении которых возникают нейропсихологические симптомы, объединяющиеся в нейропсихологические синдромы. Вторая категория мозговых структур составляет морфологическую основу Ф. н.; к этому типу мозговых образований относятся корковые и подкорковые структуры мозга: вторичные и третичные поля коры больших полушарий, неспецифические образования различных уровней, базальные ядра, мозолистое тело и др. Синдромообразующие структуры мозга характеризуются своими способами работы или своими особенностями функционирования (modus operandy). Физиологические механизмы работы этих структур ответственны за определенные аспекты (параметры, звенья) психических функций (операциональные, динамические). Нарушения в работе Ф. н. ведет к нарушению соответствующего параметра психических процессов. Согласно классификации синдромообразующих структур, выделяются следующие Ф. н.: модально-специфические, модально-неспецифические, Ф. н. межполушарного взаимодействия, полушарий Ф. н., связанные с работой ассоциативных полей коры больших полушарий и др. Существует несколько уровней анализа Ф. н.: психологический, морфологический, физиологический, генетический и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Фактор риска – психогенный фактор измененных (непривычных) условий существования, характеризующихся наличием угрозы для жизни. Свойства Ф. р. оказывают существенное влияние на переживание человеком ситуации как экстремальной.

На этапе стартового психического напряжения появляется психическая напряженность, которая объективизируется в мимике, речевой активности, глубине сна, изменениях регистрируемых физиологических функций. В генезе стартового напряжения при наличии Ф. р. четко прослеживается, с одной стороны, неуверенность в надежности технических систем, с другой – «проигрывание» в умственном плане вероятности возможных аварийных ситуаций. У людей, попадающих в измененные условия впервые, сразу же при преодолении психологического барьера психическая напряженность сменяется повышенным настроением, доходящим до эйфории и психомоторного возбуждения. В генезе смены эмоционального состояния лежат как психологические (снятие информационной неопределенности), так и физиологические (эмоциональное разрешение) механизмы.

На этапе неустойчивой психической деятельности в условиях аварийных ситуаций могут возникать необычные психические состояния, проявля-

ющиеся в форме ажитаций (чрезмерно сильного возбуждения) и кратковременного ступора (резкой угнетенности, выражающейся в неподвижности и молчании). В генезе развития аффективных состояний прослеживаются неподготовленность человека к деятельности в условиях угрозы для жизни, астенизация нервной системы, а также неожиданность возникновения аварийной ситуации.

На этапе глубоких психических изменений развиваются аффективные неврозы в форме фобий, выраженных двигательных возбуждений и длительного ступора, которые могут приводить к неадекватным реакциям. Следствием этого является увеличение вероятности неблагоприятного исхода, в частности катастроф и крупных аварий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Лебедев

Фобии (греч. phobos — страх) — навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, охватывающие субъекта в определенной (фобической) обстановке и сопровождающиеся вегетативными дисфункциями (сердцебиение, обильный пот и т. п.). Ф. встречаются в рамках неврозов, психозов и органических заболеваний головного мозга. При невротических Ф. больные, как правило, осознают необоснованность своих страхов, относятся к ним как к болезненным и субъективно мучительным переживаниям, которые они не в силах контролировать. Невротические Ф., в «клетку» которых невротик бессознательно «прячется» от неразрешимого для него конфликта, возникают обычно у людей с образным мышлением и в то же время с известной душевной инертностью, вегетативной неустойчивостью. Если пациент не обнаруживает отчетливое критическое понимание беспочвенности, неразумности своих страхов, то чаще это не Ф., а патологические сомнения (опасения), бред. Ф. имеют определенные поведенческие проявления, цель которых — избегание предмета Ф. или уменьшение страха с помощью навязчивых, ритуализованных действий. В большинстве случаев Ф. проходят при квалифицированном психотерапевтическом вмешательстве.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Фобии социальные (социофобия) — выражаются в страхе оказаться в центре внимания, проявляющемся в болезненных опасениях негативной оценки окружающих и в избегании подобных ситуаций. При этом пациент понимает, что эти опасения не обоснованы, иррациональны. Как правило, таких людей очень волнует реакция окружающих на их поведение, они боятся, что над ними посмеются, что они потеряют авторитет и доверие. Наиболее частыми провоцирующими страх ситуациями бывают те, в которых приходится: знакомиться (быть представленным другим людям), общаться с вышестоящими лицами (начальством), говорить по телефону, принимать посетителей, что-то делать в присутствии (под наблюдением) других, чувствовать, что их поддразнивают, есть дома с гостями, есть дома с членами семьи, что-нибудь писать в присутствии других, публично выступать.

В ситуации, внушающей чувство страха, у пациента нередко возникают вегетативные симптомы тревоги, такие как сердцебиение, дрожь, потливость, напряжение мышц, чувство «сосания» под ложечкой, сухость во рту, чувство жара, холода и головная боль, тошнота и рвота.

В отличие от большинства других фобий социальные фобии одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин. По данным статистики, от 3 до 13 % людей страдают от страха перед обществом в определенный период их жизни. Согласно недавно проведенным в Европе исследованиям, суммарная распространенность социальных фобий в течение жизни колеблется от 9,6 до 16 %. Это абсолютно соответствует аналогичному показателю для США, равному 13,3 %.

Социальные фобии имеют тенденцию начинаться в очень раннем возрасте (5 лет), нередко в подростковом (пик в 15 лет, большое количество случаев в 10 и 20–25 лет). Около 40 % случаев социальных фобий начинаются до десятилетнего возраста, а 95 % — до возраста двадцати лет.

Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только страхом еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом) или генерализованными, включающими в себя почти все социальные ситуации вне семейного круга. Важным может быть страх рвоты в обществе. В некоторых культурах особенно пугающим может быть прямое столкновение с глазу на глаз. Социаль-

ные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Они могут проявляться жалобами на покраснение лица, тремор рук, тошноту или императивные позывы к мочеиспусканию, при этом иногда пациент убежден, что одно из этих вторичных выражений его тревоги является основной проблемой; симптомы могут прогрессировать вплоть до панических атак. Избегание ситуаций публичности в крайних случаях может привести к почти полной социальной изоляции.

Диагностические критерии МКБ-10 и DSM-IV для социальной фобии практически совпадают в вопросе о том, что составляет ее суть. Для постановки достоверного диагноза должны быть удовлетворены все нижеперечисленные критерии: а) психологические, поведенческие или вегетативные симптомы являются первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, например бреду или навязчивым мыслям; б) тревога должна быть ограничена только или преимущественно определенными социальными ситуациями; в) избегание фобических ситуаций должно быть выраженным признаком; избегание часто выражено очень сильно и в крайних проявлениях может приводить к почти полной социальной изоляции; г) нередко имеются выраженные явления агорафобии и депрессии, причем и те, и другие могут усугублять состояние больных, приковывая их к дому.

Дифференциальный диагноз: если дифференциация социальной фобии и агорафобии представляет затруднения, агорафобию следует считать как основное расстройство; не следует ставить диагноз депрессии, если только не выявляется полный депрессивный синдром.

Как самостоятельное заболевание социофобию выделили в конце 1960-х гг., а пристально изучать стали только последние десятилетия. В происхождении этого расстройства играют роль генетический фактор (в семьях таких пациентов обычно есть люди, страдающие фобиями и другими тревожными расстройствами), имитации ребенком социофобического поведения родителей, отсутствие социальных навыков, а также стиль воспитания ребенка. Социофобии чаще развиваются в семьях, где доминирующими стилями воспитания является «гиперопека», «мнительность», «повышенные моральные требования», «эмоциональное отвержение».

Ведущим методом лечения социальных фобий является психотерапия. Среди методов психотерапии особенно эффективны поведенческая психотерапия и НЛП (нейролингвистическое программирование). В поведенческой терапии социальной фобии выделяют три важных направления: 1) работа с вызывающими тревогу мыслями; 2) выработка социальных навыков; 3) преодоление отчуждения. Из методов поведенческой терапии наиболее распространенным является метод систематической десенсибилизации. Этот метод был впервые предложен Joseph Wolpe. Он состоит в том, что пациент подвергается последовательному воздействию заранее выбранных стимулов, вызывающих тревогу, ранжированных по степени – от наименее до наиболее пугающих. С помощью методов НЛП можно выявить «пугающие» стимулы, которые человек обычно не осознает, и эти стимулы трансформировать. Используются и другие методы НЛП: «реимпринт опыта» или «изменение личной истории». Сочетание медикаментозного лечения с поведенческой терапией дает оптимальные результаты.

▸ Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998

Ю.Г. Тюльпин

Фобия специфическая – сильный иррациональный страх определенных предметов или ситуаций (например, высоты или замкнутого пространства, привлечения к себе внимания других).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Фригидность – сексуальная холодность женщины, проявляющаяся в снижении или отсутствии либидо, сексуальной возбудимости, специфических сексуальных ощущений и оргазма. В прошлом Ф. объяснялась биологическими, конституционными факторами. Однако, по мнению современной сексологии, Ф. в большей мере зависит от психических особенностей и условий воспитания; к ее развитию могут приводить причины: социогенные (неправильное половое воспитание, недостаточное сексуальное просвещение, обусловливающее низкую

сексуальную культуру), психогенные (акцентуации характера, нервно-психические заболевания) и соматические (различные соматические заболевания). В современной специальной сексологической литературе понятие Ф. часто заменяется термином «сексуальная дисфункция».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.В. Кришталь

Фрустрация (лат. frustratio — обман, расстройство, разрушение планов) — психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи. Исторически проблема Ф. связана с работами З. Фрейда и его последователей, усматривавших однозначную связь между Ф. и агрессией. В рамках бихевиористских теорий Ф. определялась как изменение или затормаживание ожидаемой реакции при определенных условиях, как помеха в деятельности. В настоящее время многие авторы использует понятие Ф. и психологического стресса как синонимы; некоторые рассматривают Ф. как частную форму психологического стресса. Правомерно также рассматривать Ф. в контексте межличностного функционирования; и с этой точки зрения для исследователей представляет интерес сфера межличностных конфликтов и трудностей, которые могут возникать в самых разнообразных жизненных ситуациях, в том числе и в повседневных. Различают фрустратор, т. е. стимул, вызывающий Ф., фрустрационную ситуацию, фрустрационную реакцию. Ф. переживается гаммой отрицательных эмоций: гневом, раздражением, чувством вины и т. д. Уровень Ф. зависит от значимости и интенсивности фрустратора, функционального состояния человека, попавшего во фрустрационную ситуацию, а также от наличествующих устойчивых форм эмоционального реагирования человека на жизненные трудности. Важным понятием при изучении Ф. является фрустрационная толерантность (устойчивость к фрустраторам) как свойство личности противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты своей психологической адаптации. В основе ее лежит способность человека адекватно оценивать реальную ситуацию, с одной стороны, и возможность предвидения выхода из ситуации — с другой. Высокий уровень развития личности предполагает сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых.

Фрустрационная толерантность, сформированная в процессе воспитания, в какой-то мере определяет и поведение человека в экстремальных ситуациях. Однако такая зависимость не может быть прямой и однозначной, т. к., вероятно, в экстремальных ситуациях более полно раскрываются все потенциальные ресурсы человека, что также дает основание выделять понятие Ф. в самостоятельное, несмотря на то что оно охватывается более широким понятием психологического или эмоционального стресса.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.В. Тарабрина

Фрустрация в процессе общения. Фрустрация (лат. frustratio — тщетное ожидание, неудача, обман) — 1) действие — прекращение, вмешательство или прерывание поведения, которое направлено на какую-либо цель; при этом под поведением может пониматься как физическое движение (например, межличностное взаимодействие), так и когнитивный процесс (например, помехи в процессе сосредоточения перед предстоящим выступлением); 2) негативное эмоциональное состояние, возникающее в результате осознания реальной или воображаемой невозможности достижения цели деятельности. Ф. возникает, когда человек не может ни достигнуть цели, удовлетворить актуальную для него потребность, ни отказаться от нее; 3) одна из форм проявления стрессового состояния, характеризующаяся высокой напряженностью, вызванной неожиданными переменами, чрезмерными требованиями к человеку, над которыми он не властен: измена, смерть близких, прочие ситуации, вызывающие психическое потрясение.

Типичными реакциями на Ф. являются агрессия (направленная на других или на себя), а также рационализация, снижение ценности недосягаемого объекта (стремление снять с себя вину за неуспех, представить события в выгодном для себя свете). Приспособлением к Ф. может стать замещающая деятельность. При устойчивых, повторяющихся не-

удачах и полной потере надежды на успех мотивация падает, и тогда может появиться новый мотив. В ходе суммации состояний Ф. возможно появление психосоматических расстройств (язвы, аллергия, астма, заикание), фиксированных реакций. Слишком длительная Ф. переходит в депривацию. Если состояние депривации чаще возникает в ситуации полного отсутствия возможности удовлетворения потребности в течение длительного периода (например, «депривированные дети» – дети, лишенные в течение длительного времени полноценных эмоционально насыщенных контактов с взрослым(и)), то Ф. касается удовлетворения уже активированной потребности, направленной к цели, каким-нибудь одним способом или одним путем.

Ф. – состояние, ориентированное на настоящее и прошлое. Причины Ф. человек может оценивать как внешние и внутренние.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Куницына В.Н.* Личность как социальный феномен. Психология. Учебник. М., 1998; *Мерлин В.С.* Лекции по психологии мотивов человека. Пермь, 1971

Н.Д. Творогова

Художественное творчество (в психоанализе) – особая форма репрезентации вытесненных влечений, часто не осознаваемая самим творцом, но настойчиво заявляющая о своем присутствии в виде многочисленных особенностей: от сюжетных линий литературных произведений и характерологических черт персонажей до специфической образности, граничащей с онейрической или психопатологической реальностью фактического автора.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции. Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Циклосомия (соматическая циклотимия) (греч. kyklos – круг, soma – тело) – описанный в 1927–1928 гг. крупным отечественным терапевтом Д.Д. Плетневым вариант циклотимии, при котором клиническим выражением циклически повторяющихся фазовых состояний являются функциональные соматические расстройства, сопровождающиеся жалобами на чувство усталости, общую слабость (Плетнев Д.Д., 1927). Характерными симптомами являются периодические нарушения водообмена, изменения менструации у женщин, изменения сексуального чувства, интенсивности психической жизни и нарастание веса, которое при нервно-соматической циклотимии служит признаком ухудшения заболевания. Отмечаются также чувство дискомфорта, иногда несколько сниженное настроение, ощущения ипохондрического характера. Разнообразие выявляющихся при этом расстройств Д.Д. Плетнев объяснял чрезвычайным богатством эндокринно-вегетативной симптоматики, ведущая роль которой в клинической картине им подчеркивалась. Фактически Д.Д. Плетневым задолго до других ученых описан один из вариантов соматизированной (маскированной) депрессии, клинические разновидности которой в виде вегетативной, алгической, невралгической, отчасти ипохондрической, астенической, истерической и др. депрессий разрабатывались преимущественно в 40–50-х гг. XX века. Им также внесен существенный вклад в описание клинических характеристик фазовых состояний, выделенных в 1913 г. К. Ясперсом (Jaspers K.) и изученных в более поздние годы А.Л. Эпштейном (1927) и П.Б. Ганнушкиным (1933) и др. Расширение понятия циклотимии, выделение ее особого вида – соматической циклотимии, подчеркивало необходимость совместного и одновременного изучения связанных между собой соматической и циклической симптоматики. Принципиальную значимость имела констатация возможности выявления психических расстройств в виде соматических симптомов, ставшая одним из первых положений, свидетельствующих о наличии нового для того времени класса заболеваний, получившего в дальнейшем название соматизированных или соматоформных психических расстройств. В СССР развитие этого направления на долгие годы было заторможено дискредитацией Д.Д. Плетнева, который в 1937 г. был ложно обвинен в уголовном преступлении, а далее причислен к числу «убийц» В.В. Куйбышева и А.М. Горького и погиб в застенках. Его труды были изъяты из библиотек, имя запрещалось к упоминанию.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Чрезвычайных ситуаций поражающие факторы – факторы механического, радиационного, хими-

ческого, биологического (бактериологического), психоэмоционального характера, оказывающие неблагоприятное воздействие на людей, животных и окружающую среду, вызывая поражение и гибель людей, ущерб окружающей среде, ухудшение санитарно-гигиенической и санитарно-эпидемиологической обстановки. Неблагоприятное влияние поражающих факторов чрезвычайных ситуаций на человека и окружающую среду зависит не только от интенсивности, но и от продолжительности воздействия. При этом вероятны сочетанные, множественные и комбинированные поражения (Левчук И.П.,Третьяков Н.В., 2013. С. 14).

Динамические (механические) факторы – непосредственное действие избыточного давления по фронту ударной волны, отбрасывание человека скоростным напором на внешние предметы, действие вторичных снарядов (конструкций зданий и сооружений, камней, осколков, стекол и др.), приводящие к возникновению различных ранений и закрытых травм.

Термические факторы – воздействие высоких температур (светового излучения, пожаров, высокой и низкой температуры окружающего воздуха и др.). Как следствие, возникают термические ожоги, общее перегревание организма, а при низких температурах возможны общее переохлаждение организма и отморожения.

Радиационные факторы – при авариях на радиационно опасных объектах и применении ядерного оружия. В результате воздействия ионизирующих излучений на организм могут развиваться лучевая болезнь (острая и хроническая) и лучевые ожоги кожи, а при попадании радиоактивных веществ в организм через дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт – поражения внутренних органов.

Химические факторы – аварийно химически опасные вещества (АХОВ), боевые отравляющие вещества, промышленные и другие яды, воздействуя на людей при химических авариях, применении химического оружия, вызывают разнообразные (по характеру и тяжести) поражения.

Биологические (бактериологические) факторы – токсины, бактерии и другие биологические (бактериологические) агенты, выброс и распространение которых возможны при авариях на биологически опасных объектах, а в военных условиях при применении противником они могут привести к массовым инфекционным заболеваниям (эпидемии) или массовым отравлениям.

Психоэмоциональные факторы, воздействуя на людей, находящихся в экстремальных условиях, могут проявляться снижением работоспособности, нарушением их психической деятельности, а в отдельных случаях более серьезными функциональными, психическими и в конечном итоге соматическими расстройствами.

▸ *Левчук И.П., Третьяков Н.В.* Медицина катастроф: учеб. пособие для медвузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; *Сахно И.И., Сахно В.И.* Медицина катастроф (организационные вопросы). М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002

Н.В. Третьяков

Шизофрения (греч. schizo – раскалываю и phren – сердце, душа; ум, рассудок) – хроническое, склонное к прогрессированию психическое заболевание, проявляющееся нарушением согласованности между различными психическими функциями, амбивалентностью, извращением процессов мышления и нарастающими изменениями личности в виде замкнутости (аутизм), пассивности и эмоциональной холодности. Клиническая картина отличается большим разнообразием, выделяют формы, проявляющиеся: бредом преследования, воздействия, ощущением чтения и передачи мыслей на расстоянии (параноидная); двигательными расстройствами, отказом от еды, бессмысленным молчанием (кататоническая); дурашливостью, двигательной расторможенностью (гебефреническая); равнодушием, пассивностью и безынициативностью (простая). Острые приступы проявляются тревогой, растерянностью, бессонницей, страхом сойти с ума. Описаны как злокачественные безремиссионные, так и благоприятные типы течения с медленным прогрессированием (шизотипическое расстройство) или редкими острыми приступами. Расстройства памяти и интеллекта не характерны, могут наблюдаться в редуцированном виде только в исходе злокачественных форм. Причина заболевания неизвестна, среди прочих этиологических факторов ведущее значение отводят патологической наследственности. Распространенность в разных странах примерно одинакова (около 1 % населения). Современное лекарственное лечение и психологическая реабилитация позволяют во многих случаях

надолго сохранить социальные функции и работоспособность. В соответствии с законом РФ диагностику и лечение Ш. проводит врач-психиатр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.Г. Тюльпин

Эйфория (греч. eu – хорошо и phero – переношу) – неоправданное реальной действительностью благодушное, повышенно-радостное и беспечное настроение, сопровождающееся недостаточно критичным отношением к своему состоянию. В отличие от маниакальных и гипоманиакальных состояний при Э. отсутствует интеллектуальная активность и стремление к деятельности; наблюдается замедление мыслительных процессов. Э. отмечается при прогрессивном параличе, травмах мозга, органических психозах.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Экзогенный, эндогенный (греч. exo – вне, снаружи и genes – порождаемый; endon – внутри и genes) – термины медицинской психологии и психиатрии, введены П. Мебиусом (Mobius P.J.) в 1892 г. Экзогенный означает возникающий в результате воздействия внешних факторов, эндогенный – возникающий и развивающийся вследствие внутренних причин. Под эндогенным обычно понимают наследственно обусловленное. Термины «Э.» – «э.» применяются для характеристики источников возникновения психических заболеваний и причин индивидуального своеобразия их протекания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.С. Лейтес

Экопсихологические взаимодействия (ЭВ) – совокупность взаимодействий человека с окружающей средой, которые способствуют или препятствуют превращению отношения «человек – окружающая среда» («человек – жизненная среда») в онтологического (совокупного) субъекта порождения новых психических реальностей, объединений. В целом экопсихологические взаимодействия включают в себя взаимодействия (их совокупность) данного индивида (группы, организации) по следующим позициям:

- Взаимодействия с разными видами и составляющими окружающей среды. В самом общем виде – с природной и социальной, в том числе образовательной, профессиональной, этнокультурной, информационной и др.
- Взаимодействия с разными компонентами окружающей среды, включающими: взаимодействия с предметно-пространственным окружением (пространственная среда), коммуникативные взаимодействия – пространство и типы межсубъектного взаимодействия (между субъектами, в роли которых могут выступать как люди, так и организации) и взаимодействия в пространстве возможных видов деятельностей: профессиональной, досуговой и др.
- Взаимодействия, наиболее характерные для каждого этапа онтогенеза: дошкольного, младшего школьного, подросткового, юношеского, ранней взрослости, среднего и позднего возраста. Для каждого из этих этапов ведущую роль выполняет свой вид деятельности (Эльконин Д.Б. и др.) и свой тип взаимодействий с жизненной средой. В последнем случае имеется в виду, что реализация разных видов деятельности на разных этапах онтогенеза повторяет основные стадии актуального генеза овладения индивидом способностью быть субъектом той или иной деятельности (субъектогенез): субъект восприятия, репродуктивного воспроизведения, произвольного контроля, трансляции другому (Панов В.И. и соавт., 2009).
- Взаимодействия с самим собой по принципу «Я – Я другой» (Горбов Ф.Д.), но внутри системы «человек – жизненная среда», «Я другой» выступает по отношению к «Я» индивида как его «внутренняя среда», т. е. совокупность возможностей для взаимодействия с жизненной средой, которые предоставляет индивиду его внутренний мир (его субъектность), начиная от перцептивных возможностей до способов деятельности, социальных установок и жизненных ценностей, причем как осознаваемых, так и неосознаваемых.
- Типы взаимодействия, складывающиеся или являющиеся исходными для системы «чело-

век – окружающая среда». Когда говорят о взаимодействиях в социально-психологическом или в педагогическом смыслах, т. е. применительно к социономическим профессиям в системах «человек – человек», то обычно ограничиваются анализом трех типов взаимодействий: объект-объектный, субъект-объектный и субъект-субъектный (см., например, Петровский В.А., 1996). Проведенный анализ взаимодействий, реализуемых в разных направлениях экологической психологии, показал, что применительно к системе «человек – природная среда» необходимо говорить по крайней мере о шести базовых типах взаимодействий (откуда собственно и появился термин «ЭВ»): объект-объектный, субъект-объектный, объект-субъектный и субъект-субъектный, включающий в себя субъект-обособленный, субъект-совместный и субъект-порождающий (Панов В.И., 2004, 2006).

Рассмотрим их подробнее.

- Объект-объектный тип взаимодействия является исходной предпосылкой для психологической экологии, в рамках которой окружающая среда (как совокупность химико-физических факторов и условий) психологически индифферентна (безразлична) к человеку, ее свойства не несут в себе изначально заложенной в них психологической нагрузки. Взаимодействие между средой и организмом человека остается на физико-химическом, т. е. объектном, уровне.
- Объект-субъектный тип взаимодействия: окружающая среда, активно воздействуя на те или иные сферы психики человека, выполняет по отношению к нему субъектные функции, в том время как сам человек, относительно пассивно принимая это воздействие, находится, по сути, в роли объекта (квазиобъекта) средового воздействия. Эта логика лежит в основе психологии средовых влияний (средовой психологии), когда предмет исследования, например, такое воздействие природной среды на человека, результатом которой является реабилитация его психического состояния или работоспособности (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 1996).
- Субъект-объектный тип взаимодействия: человек целенаправленно воздействует и изменяет свойства природной среды с определенной целью (использование природных ресурсов для удовлетворения своих, человеческих, потребностей и, напротив, сохранные действия человека по защите природной среды и т. д.). Например, антропоцентрический тип экологического сознания (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 1996); проектирование паркового ландшафта или заповедника.
- Субъект-субъектный тип взаимодействия: каждый из компонентов системы «человек – природная среда» активно воздействует друг на друга, т. е. выполняет по отношению к другому субъектную роль. Например, экоцентрический тип экологического сознания. Субъектная роль предполагает выполнение по отношению к другому следующих функций: «а) обеспечивать воспринимающему переживание его собственной личностной динамики; б) быть опосредствующим элементом при построении воспринимающим системы его отношений с миром; в) выступать в качестве субъекта совместной с ним деятельности и общения» (Дерябо С.Д., Ясвин В.А., 1996. С. 101). При этом не следует отождествлять свойство быть живым со свойством субъектности, ибо человек способен субъектифицировать, т. е. наделять свойством субъектности, и неживые средовые объекты. Однако такое взаимодействие может иметь различную направленность и характер, т. е. различные подтипы взаимодействия, сосуществующие и сменяющие друг друга или же, напротив, исключающие друг друга. А именно:

1) субъект-обособленный тип взаимодействия: каждый из компонентов отношения «человек – природная среда» активно воздействует друг на друга, но при этом каждый из них преследует «свои интересы» и активно противодействует воздействию со стороны другого. Вследствие этого взаимодействие между ними оказывается безрезультатным, неконструктивным и даже наносящим вред одному или каждому из них. Пример: ситуация глобального экологического кризиса – человек как субъект человеческой цивилизации наносит вред миру природы, а планета как субъект своего развития и развития природы на ней начинает в ответ «мстить» человеку;

2) субъект-совместный тип взаимодействия: активные действия каждого из участников взаимодействия подчинены решению общей цели, несмотря на различие в «своих интересах». Но при этом собственная субъектность каждого из них остается без изменения. Пример: экоцентрический тип экологического осознания, ориентирующийся на коэволюционный вариант взаимоотношения человека с миром природы;

3) субъект-порождающий тип взаимодействия характерен для системы «человек – природная среда» («человек – мир природы», «человек – планета»), когда результатом совместного развития компонентов этой системы становится ее превращение в единого субъекта совместного развития и человека, и природы. При этом каждый из компонентов (субъектов) этой системы выступает для другого в роли фасилитатора их совместного преобразования в единого, совокупного субъекта совместного развития. Примерами порождения такого субъекта совместного развития могут служить системы: «мать – ребенок», «психотренинговая группа», «этнос», «человечество в целом»; в случае ноосферы – система «человечество – планета».

Типов взаимодействий (кроме указанных выше шести базовых) в системе «человек – природная среда» может быть и больше, поскольку и «человек», и «мир природы (природный объект)» как компоненты данной системы могут выступать еще и в роли «квазиобъекта» и «квазисубъекта». Вследствие чего возникает, в частности, «квазиобъект – квазисубъектный» тип взаимодействия. Пример: лес (природная среда) оказывает активное психологическое воздействие на человека, принимающего это воздействие, т. е. лес выполняет квазисубъектную роль, а человек – квазиобъектную.

Первоначально базовые типы взаимодействия были обнаружены на примере анализа системы «человек – природная среда», вследствие чего они получили название «ЭВ» в системе «человек – окружающая среда». Но затем стало понятно, что эти типы взаимодействия имеют, образно говоря, «топологический» характер, т. е. не зависят от вида окружающей среды и применимы для анализа психологических взаимодействий человека с другими видами окружающей среды, в том числе взаимодействий в системах «человек – образовательная среда», «человек – профессиональная среда» и др. (в частности, показано, что субъект-объектный и субъект-обособленный типы взаимодействия в диаде «нотариус – клиент» выступают условием и одной из причин эмоционального выгорания нотариуса).

▸ *Дерябо С.Д., Ясвин В.А.* Экологическая педагогика и психология. Ростов н/Д: Феникс, 1996; *Панов В.И.* Введение в экологическую психологию: учеб. пособие. 2-е изд. М.: Школьные технологии, 2006; *Он же.* Психодидактика образовательных систем: теория и практика. СПб.: Питер, 2007; Экопсихологические исследования — 2: к 15-летию лаборатории экопсихологии развития: монографический сборник / Под ред. В.И. Панова. М.: Психологический институт РАО; СПб..: Нестор-История, 2011; Экопсихология развития психики человека на разных этапах онтогенеза: коллективная монография / Под ред. В.И. Панова, Ш.Р. Хисамбеева. М.: ФГНУ ПИ РАО; СПб.: Нестор-История, 2013; *Панов В.И.* Ноосфера — психическая реальность или метафора? (Экопсихологическая гипотеза) // Вестн. Ярославского гос. ун-та им. П.Г. Демидова. Серия «Психология». Ярославль, 2006. С. 21–28; *Он же.* Экопсихологические взаимодействия: виды и типология // Социальная психология и общество. 2013. № 3. С. 13–27

В.И. Панов

Эмоции базальные – основные эмоции, имеющие врожденный характер, на основании которых под влиянием социального опыта формируется основной состав эмоционально-личностной сферы взрослого человека. Э. б. возникают при электрическом раздражении глубоких подкорковых структур мозга. В их число входит радость, гнев, страх, печаль, удивление, отвращение и др. Общепризнанной классификации Э. б. пока не существует. Каждый здоровый человек обладает всеми Э. б., однако сила (выраженность) отдельных из них у разных лиц различна, что и предопределяет индивидуальные особенности эмоционально-личностной сферы.

Одним из первых исследователей Э. б. был В.Н. Небылицын. Левое и правое полушария мозга преимущественно связаны с различными Э. б.: левое полушарие (у правшей) – с положительными; правое – с отрицательными. При разных формах аффективной патологии различные Э. б. страдают в разной степени. Патологические эмоциональные состояния в виде эйфории, депрессии, агрессивности, различных фобий, наблюдающиеся при раз-

личных психических заболеваниях и органических поражениях головного мозга, отражают патологию различных Э. б.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Эмоциональная лабильность (в психиатрии) — симптом нарушения аффективной сферы, проявляющийся в патологической склонности к быстрым переменам настроения, а также неадекватно яркому выражению эмоций (переход от слез к смеху, от отчаяния к восторгу и др.). Часто свидетельствует об эмоциональной инфантильности и отсутствии глубины переживаний. Например, при истерическом расстройстве личности яркое выражение эмоций не отражает внутреннего состояния, а призвано привлечь внимание и вызвать сочувствие окружающих. При органических заболеваниях мозга (церебральный артериосклероз, посттравматическая энцефалопатия) эмоции проявляются ярко не потому, что больной хочет привлечь внимание, а потому, что теряет способность скрывать свои переживания (слабодушие), таким образом, наблюдается постоянная склонность к слезам, утрированная сентиментальность. Психотерапевтическая и лекарственная коррекция данного расстройства малоэффективны.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000

Ю.Г. Тюльпин

Эпидемии психические — групповые индуцированные психозы. Есть исторические описания (Западная Европа во времена Средневековья) Э. п., которые охватывали население больших городов, областей; протекали обычно с нарастающим психомоторным возбуждением. Их появление связывают и с религиозным фанатизмом, распространенностью мистических предрассудков и суеверий (например, спровоцированная инквизицией «охота на ведьм»).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Эректильная дисфункция — невозможность наступления или поддержания эрекции, необходимой для проведения полноценного полового акта. Различают два основных вида Э. д. по их происхождению: 1) органическая — как следствие сосудистых, неврологических, эндокринных патологий, а также патологий мочеполовой системы, токсического влияния или осложнений от фармакотерапии; 2) психогенная — как вариант реагирования на травмирующие переживания, партнерские проблемы, личностные или ситуационные факторы (Доморацкий В.А.).

К ситуационным факторам психогенной Э. д. относят различные страхи (такие как нежелательная беременность, страх заражения венерическими заболеваниями, огласка сексуальных контактов во внебрачных связях), неблагоприятные условия для проведения сексуального контакта, общее переутомление, состояние опьянения и др.

В качестве личностных факторов могут выступать заниженная самооценка, повышенная ответственность за успешное проведение сексуального контакта, тревожно-мнительные черты характера, ошибочные установки и убеждения относительно сексуальной близости.

Среди партнерских проблем выделяют нарушения межличностных отношений с партнершей, взаимное недоверие, наличие негативных эмоций в паре, а также психотравмирующее поведение женщины в процессе сексуальной близости.

В основе травматического фактора чаще всего лежат негативные воспоминания о прошлых неудачах в сексуальной сфере, тревога на тему собственной неспособности удовлетворить партнершу, страх неудачи. Одной из наиболее распространенных причин возникновения психогенной Э. д. является синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН). Типичный вариант развития данного синдрома — появление гиперконтроля за половым актом со стороны мужчины вследствие прошлой неудачи, что приводит к отстраненности от собственных ощущений в процессе близости, а также потере спонтанности и естественности полового акта, необходимых для поддержания достаточного уровня сексуального возбуждения. Такая форма поведения неизбежно приводит к новым неудачам, тем самым усиливая навязчивое опасение очередного срыва (формируется «порочный круг»).

При наличии Э. д. психологического генеза необходима своевременная психотерапевтиче-

ская помощь, в рамках которой применяется классическая секс-терапия, а также параллельная коррекция качества межличностных отношений партнеров.

▸ *Доморацкий В.А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический проект; Культура, 2009

А.В. Чалова

Эрогенные зоны — области тела, при раздражении которых возникает сексуальное возбуждение.

Э. з. делятся на основные и дополнительные. Основные Э. з. в большинстве своем одинаковы для всех представителей одного пола, тогда как дополнительные являются индивидуальными для каждого человека. Большинство авторов к основным Э. з. женщины относят: 1) наружную часть клитора; 2) малые половые губы; 3) влагалище; 4) соски. К дополнительным Э. з. женщины часто относят шею, губы, уши, поверхность кожи, стопы, внутреннюю часть бедер, живот, лобок, ягодицы, задний проход и др. — они обладают большей специфичностью и меньшей точностью расположения по сравнению с основными; кроме того, могут изменяться с течением жизни, а также зависеть от стадии менструального цикла, настроения или физического состояния женщины. К основным Э. з. мужчин относятся: 1) головка полового члена; 2) ствол и основание полового члена; 3) мошонка. Так же как и у женщин, мужские дополнительные Э. з. являются индивидуальными для каждого человека.

Стимуляция Э. з. является обязательным этапом во время предварительных ласк, необходимых для достижения достаточного уровня сексуального возбуждения обоих партнеров перед половым актом. Кроме того, стимуляция как основных, так и дополнительных Э. з. во время полового акта приводит к поддержанию высокого уровня сексуального возбуждения на протяжении всего процесса и способствует возникновению более насыщенной и полной оргастической реакции у обоих партнеров.

▸ *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: учеб. пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002

А.В. Чалова

Эрос (Эрот) (греч. eros — любовь) — а) бог любви; б) олицетворение любви и сексуальности; в) персонифицированное обозначение сексуального инстинкта (сексуального влечения), инстинкта жизни и самосохранения.

Как общее эмблемное обозначение любви Э. получил разнообразные отражения в мифологии, искусстве, философии и психологии (главным образом в психоанализе).

1. Согласно распространенной древнегреческой мифологической версии, Э. считался одним из древнейших богов, некой самовозникшей первозданной созидательной силой, которая наряду с Хаосом, Геей и Тартаром была одним из четырех космогонических первоначал (позднее Э. признавался сыном Зевса и Афродиты и т. д.). Э., которому в древнеримской мифологии соответствовали бог любви Амур и бог вожделения Купидон, обычно изображался в виде шаловливого юноши или мальчика с золотыми крылышками, с луком, стрелами и колчаном (иногда с факелом).

Один из распространенных мифологических сюжетов утверждал, что Э. был тайным любовником и впоследствии мужем Психеи (души). В многочисленных и разнообразных мифах повествовалось о могуществе Э., которому не могут противостоять ни люди, ни боги; Э. (как богу любви, дружбы и весны) иногда приписывали господство над всей природой. В Древней Греции существовал культ Э.; раз в пять лет в его честь организовывались праздники (эротидии), а спартанцы перед сражением приносили ему жертвы. В древнем мире Э. считался также богом-утешителем, помогающим пережить горе; многочисленные статуи его ставились как надгробия.

2. Э. постоянно изображался во всех видах и жанрах искусства древнего мира (Гесиод, Аристофан, Праксител, Лисипп, Апулей и др.) и всех последующих эпох.

3. Образ Э. как олицетворение всевластной мировой силы любви и сексуальности был предметом размышлений философов Античности (Аристофана, Павсания, Парменида, Платона, Эмпедокла, Эриксимаха и др.). Парменид считал, что Э. — это древнейший бог и первоисточник величайших благ. Павсаний и Эриксимах полагали, что Э. разлит по всей природе и является двойственным или что существует два Э. (один у здорового начала, а другой у больного). Аристофан отмечал интегративную природу Э., обеспечивающего стремление человека к

изначальной целостности. Эмпедокл подчеркивал значение бессмертной борьбы всесоединяющей любви и всеразъединяющей вражды, которые по необходимости господствуют над вещами.

Наиболее мощное представление об Э. как персонификации жизненной силы и сексуальности, оказавшее влияние на всю последующую культурную традицию, создал Платон. В его философии тиран Э. возглавляет все человеческие желания и ведет их за собой как телохранителей. При этом, по Платону, воплощением Э. следует представлять не бога, а скорее некоего демона, который, никогда не облекаясь в земное тело, служит как бы перевозчиком от богов к людям и обратно.

4. В психологии XX в. формирование представлений о существовании неких сил жизни и сексуальности осуществлялось под влиянием соответствующих философских идей (главным образом Платона и Эмпедокла). Наиболее систематически идею об Э. как персонифицированном обозначении сексуального инстинкта (влечения), инстинкта жизни и самосохранения разработали З. Фрейд и последователи его психоаналитического учения.

Начиная с 1920 г. (с работы «По ту сторону принципа удовольствия») З. Фрейд часто использовал понятие «Э.»; в окончательной редакции З. Фрейд рассматривает Э. как один из двух основных активных инстинктов психической жизни человека, обозначающий «любовь в самом широком смысле слова». По З. Фрейду, энергетическим потенциалом Э. является либидо – энергия всех сексуальных влечений (и в силу этого сексуализированная энергия психики вообще). По З. Фрейду, тенденцию сексуального инстинкта (Эроса) определяет принцип удовольствия – главенствующий принцип психической жизни. З. Фрейд считал, что Э. противостоит Танатос (инстинкт смерти, влечение к смерти, инстинкт и влечение к агрессии и деструкции) и что борьба этих сил является фундаментальным и определяющим основанием жизни и психической деятельности человека. Согласно психоанализу, борьба Э. и Танатоса идет с переменным успехом, но исход ее, предопределенный природой вещей, может быть только один: в конечном счете побеждает Танатос. Для психоанализа характерно понимание Э. и Танатоса (и их борьбы) как сил, изначально присутствующих в психической жизни и, как правило, проявляющихся в перемешанном виде и в различных пропорциях.

Понятие Э. ныне весьма часто употребляется не только в психоанализе и психологии, но и за их пределами.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Эффект Ромео и Джульетты – усиление романтической любви при сопротивлении родителей.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Эхолалия (греч. echo – отражение звука и laleo – говорю) – автоматическое повторение чужих слов; наблюдается у взрослых и детей, страдающих органическими заболеваниями мозга или психическими заболеваниями (шизофрения и др.). Э. у детей наблюдается при имбецильности и резко выраженной дебильности. Э. встречается иногда и у нормально развивающихся детей, представляя собой один из ранних этапов становления их речи. В клинике локальных поражений головного мозга у взрослых Э. наблюдается в составе лобного синдрома как проявление нарушения произвольной регуляции психических процессов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Эхолалия (в психиатрии) – симптом нарушения речи, проявляющийся в том, что больной вместо ответа на вопрос повторяет полностью или частично слова собеседника. Иногда больные копируют в своей речи случайные замечания посторонних лиц, слова телевизионной рекламы или даже бессмысленные звуки, технические шумы. В составе кататонического синдрома Э. рассматривается как характерное проявление некоторых (чаще неблагоприятных) форм шизофрении. Она также часто наблюдается при детском аутизме.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; *Bleuler E.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. Репр. изд. 1993

Ю.Г. Тюльпин

Эхопраксия (греч. echo – отражение звука и praxis – действие) – подражательное автоматическое повторение движений и действий других людей. Э. может проявляться в различных формах: чаще больной человек повторяет только сравнительно элементарные движения, которые совершаются перед его глазами (например, поднятие руки, хлопанье в ладоши). Одна из форм Э. – эхолалия. Наиболее выраженная форма Э. наблюдается при шизофрении. Э. встречается у взрослых и детей, страдающих органическими заболеваниями мозга, в частности при имбецильности и резко выраженной дебильности.

Э. – симптом поражения лобных долей мозга, отражающий нарушение произвольной регуляции движений и действий.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Я, Эго (Ego) – одна из сфер психоаналитической структуры личности (Оно – Я – Сверх-Я), характеризующаяся внутренним осознанием самой себя и осуществлением приспособления личности к реальности.

З. Фрейд представлял Я как особую дифференцированную часть Оно (которая происходит от первых объектных привязанностей Оно, т. е. от комплекса Эдипа), связанную с сознанием и олицетворяющую разум и рассудительность. З. Фрейд считал, что Я – это «совокупность организованных сил, которая контролирует слепые, бессознательные силы Оно и пытается привести их в известное соответствие с требованиями внешнего мира путем расположения душевных явлений во времени и осуществления над ними контроля реальности» (Фрейд З. «Я и Оно»).

Несмотря на непосредственную связь с сознанием, Я, все же будучи «модифицированной» и обособленной частью Оно, остается в основном бессознательным и частично предсознательным, а «ядро Я» всегда является бессознательным. З. Фрейд характеризовал Я как «несчастное существо», которое не является хозяином в собственном доме и находится в услужении у тиранящих его «трех господ». К числу «трех тиранов» Я З. Фрейд относил внешний мир, Сверх-Я и Оно. Важнейшим успехом развития Я З. Фрейд считал переход от принципа удовольствия к принципу реальности и отмечал, что благодаря этому Я оказывает существенное воздействие на поведение и жизнь человека (Фрейд З. «Лекции по введению в психоанализ»). По З. Фрейду, представление о собственном Я развивается у ребенка из первоначального различения собственного тела и внешнего мира; и в дальнейшем Я «всегда остается масштабом, которым оценивается мир» (Фрейд З. «Психология бессознательного»).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Я-концепция – а) совокупность представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой; б) по К. Роджерсу, сознательные мысли и убеждения о себе. Включает когнитивную, оценочную и поведенческую составляющие.

Образ Я – то, каким индивид видит себя в настоящем, будущем, каким он мог быть, если бы захотел, и т. д.

Я-сам (I-self) – модель Я, в которой Я переживается как свободная и автономная единица.

Я-схема – когнитивная структура, которая включает обобщения о себе и оказывает влияние на переработку информации о себе, содержащейся в социальном опыте индивида.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Я-объекты (self objects) – это отражающие и идеализируемые люди, которых ребенок считает продолжением самого себя.

До Хайнца Кохута нарциссизм (при котором человек подобно мифическому Нарциссу, любовавшемуся своим отражением в лесном озере, рассматривает свое тело и свою индивидуальность в качестве центра мироздания и единственного критерия ценности) считался патологическим состоянием. Автор психоаналитической школы мысли, называемой «Я-психология», стал считать такое состояние личности аберрацией (искажением) в сущности нормального процесса, поскольку, в соответствии с его взглядами, прохождение через период нарциссизма – это необходимый и здоровый этап взросления.

Нормальный нарциссизм, образующий ядро Я, сопровождают два нарциссических процесса:

1) отражение (mirroring), при котором младенец смотрит на мать и видит свое Я, отраженное в ее радостном взгляде (ребенок чувствует всю свою самоценность); 2) идеализация (idealization) – начинается с узнавания ребенком своего родителя или другого любимого человека, на которого он проецирует такие качества собственного Я, как доброта, совершенство, всесилие, значимость и др.

В объектных отношениях отражения и идеализации ребенок узнает свое Я с помощью другого человека. Со временем ребенок интериализует отношения с Я-объектами таким образом, что может осуществлять операции отражения и идеализации внутри себя, в результате чего образуется базис двухполюсного Я. Эти два полюса составляют ядро здорового Я и генерируют прочувственные устремления и идеалы, которые обеспечивают чувство цели и смысла. Если один полюс функционирует нормально, то дефекты другого полюса могут быть исправлены позже. Если ущербны оба полюса, то из-за отсутствия внутренней структуры Я, способной обеспечить чувство самоценности, могут возникнуть такие симптомы, как чувство нереальности, опустошенности и бессмысленности происходящего. Для лечения подобных расстройств Я необходимо глубокое эмпатическое понимание со стороны психотерапевта.

▸ *Фрейджер Р., Фейдимен Дж.* Психоаналитические теории личности. Зигмунд Фрейд и постфрейдисты. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. 154 с.; *Kohut H.* The restoration of the self. N. Y.: International Universities Press. 1977

Н.Д. Творогова

Ятрогения (греч. iatros – врач и gennao – порождаю) – негативное воздействие врача, медицинского работника на пациента, приводящее к неблагоприятным последствиям. Термин обычно употребляется для обозначения любого патологического состояния (телесного или психического), вызванного в результате неудачных попыток лечения или неосторожными замечаниями врача по поводу состояния пациента. Классический пример – функциональные расстройства, вызванные внушением или беспокойством, связанными с лечением. Синоним: внушенная болезнь.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Петровский

Раздел 3

Профессиональная деятельность клинического психолога

3.1. Составляющие и условия профессиональной деятельности

Альянс терапевтический (альянс рабочий) (франц. alliance – союз) – 1) в широком смысле – совокупность всех рациональных неневротических взаимоотношений между психологом и клиентом, позволяющих им действовать совместно и целенаправленно в терапевтическом (консультационном) процессе; 2) в узком смысле – система правил и норм, регулирующих взаимоотношения между психотерапевтом (психологом) и пациентом (клиентом) в психотерапевтическом или консультационном процессе.

Понятие «А. т.» возникло в психоанализе; З. Фрейд (1895) отметил, что «необходимо сделать пациента нашим союзником», поскольку психотерапия будет успешной только при совместных усилиях пациента и психотерапевта. З. Фрейд не выделял понятие «А. т.» из общего понятия «перенос», упоминая в своих ранних работах об «эффективном переносе» в процессе психоанализа. Позже он пришел к выводу, что еще до начала сеанса психоанализа необходимо устанавливать с пациентом такой контакт, который позволил бы сформировать эффективный перенос. Многими психоаналитиками эмпирически было обнаружено, что фактор переноса является чрезвычайно важным; именно он влиял на успех или провал психотерапевтического процесса в зависимости от того, насколько пациент и в первую очередь психоаналитик могли приспособиться к психической реальности друг друга.

Разбираясь в соотношении понятий «А. т.» и «перенос», некоторые авторы полагали, что следует проводить четкое разделение этих понятий; они описывали «А. т.» как «рациональные» отношения, «сфокусированные на реальности», в отличие от невротического переноса («трансферных» отношений); другие вообще пытались отрицать необходимость выделения «А. т.». В настоящее время, несмотря на трудности с четким определением понятия «А. т.», признается существование этого феномена как особой динамичной микросреды, которая создается и развивается психотерапевтом и клиентом для осуществления позитивной динамики процесса психотерапевтического взаимодействия. Наличие А. т. характеризуется тем, что: а) клиент готов выполнять различные процедуры; б) клиент готов к работе с темами и инсайтами, которые причиняют ему душевную боль; в) психотерапевт способен осознавать и держать под контролем возникающие в процессе взаимодействий невротические переносы.

В последнее время отмечается, что понятие «А. т.» стало использоваться вне психоаналитического контекста без особых изменений в описании аспектов межличностных отношений психолога и клиента, определяющих успешность их взаимодействия. Более того, понятие «А. т.» технологизировалось для нужд других видов психотерапии, превратившись в «психотерапевтический контракт», представляющий собой свод конкретных правил

и норм, определяемых договором (в письменной или устной форме) между психотерапевтом и клиентом. К предмету договора относится как формальная сторона взаимоотношений (частота и продолжительность встреч, порядок оплаты или ее отсутствие, возможные причины пропуска встречи, механизмы изменения договора, взаимная ответственность и санкции при нарушении договора и т. д.), так и содержательная сторона (формулировка запроса клиентом, требования к домашним заданиям и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Н. Коновалов

Аутентичность (в психотерапии) (греч. authentikos – подлинный) – способность человека в общении отказаться от различных социальных ролей, позволяя проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению (Роджерс К.).

Аутентичное поведение в гуманистически ориентированных направлениях психотерапии предполагает цельное переживание клиентом, психотерапевтом непосредственного опыта, не искаженного психическими защитными механизмами. Мысли и действия при таком поведении согласованы с эмоциями.

В качестве близких понятий рассматриваются следующие: самоактуализация, конгруэнтность. В гештальт-терапии А. – это свобода в принятии своих уникальных особенностей и неповторимой стратегии построения собственной жизни.

В традициях гуманистической психологии А. характеризует некую идеальную личность («функционирующую личность» – К. Роджерс, «целостную личность»), в противоположность невротической личности. На пути к А. осуществляется личностный рост. Наряду со способностью к безусловному принятию и эмпатии А. является обязательной составляющей эффективного общения клинического психолога.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Безусловно позитивное отношение – одобрительное и уважительное отношение к кому бы то ни было независимо от поведения этого человека, уровня его здоровья и др. Применяется психотерапевтами в рамках подхода К. Роджерса.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Диагноз – определение сущности болезни путем установления связи между жалобами пациента и существующей системой классификации болезней.

Диагностика дифференциальная – процесс разграничения заболеваний, имеющих сходные симптомы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Диагностика (в клинической психологии) (греч. diagnostikos – способный распознавать) – идентификация болезни, расстройства, синдрома, состояния и пр. Термин используется по аналогии с медицинской моделью для указания на необходимость классификации и категоризации; предполагается, что диагностические категории определены.

Диагностический тест – любой тест или процедура, используемые с целью точного определения характера и происхождения нарушения способности или расстройства. В психологии «диагностический» относится скорее к определению конкретного источника проблем индивида в какой-то области.

Диагностическое интервью – распространенная процедура в клинической обстановке, при которой клиент или пациент интервьюируется с целью получения некоторого приемлемого определения характера расстройства и его этиологии и для планирования метода лечения.

Дифференциальная Д. направлена на определение того, какая из двух (или более) схожих болезней (расстройств, состояний и пр.) имеется у индивида.

Диагноз психологический – конечный результат деятельности психолога, направленный на выяснение индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки его актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей психодиагностического обследования. Предмет психологического диагноза – установление индивидуально-психологических различий в норме и патологии.

Сегодня, как правило, установив средствами психодиагностики те или иные индивидуально-психологические особенности, исследователь лишен возможности указать на их причины, место в структуре личности. Такой уровень Д. Л.С. Выготский назвал симптоматическим (или эмпирическим). Этот диагноз ограничивается констатацией определенных особенностей или симптомов, на основании которых непосредственно строятся практические выводы. Л.С. Выготский отмечал, что данный диагноз не является собственно научным, ибо установление симптомов никогда автоматически не приводит к диагнозу. Здесь работу психолога вполне можно заменить машинной обработкой данных.

Важнейшим элементом Д. служит выяснение в каждом отдельном случае того, почему данные проявления обнаруживаются в поведении обследуемого, каковы их причины и следствия. Именно поэтому второй ступенью в развитии психологического диагноза является этиологический диагноз, учитывающий не только наличие определенных особенностей (симптомов), но и причины их возникновения.

Высший уровень – типологический диагноз, заключающийся в определении места и значения полученных данных в целостной, динамической картине личности. По словам Л.С. Выготского, диагноз всегда должен иметь в виду сложную структуру личности.

Диагноз неразрывно связан с прогнозом. По Л.С. Выготскому, содержание прогноза и диагноза совпадает, но прогноз строится на умении настолько понять «внутреннюю логику самодвижения процесса развития, что на основе прошлого и настоящего намечает путь развития». Рекомендуется разбивать прогноз на отдельные периоды и прибегать к длительным повторным наблюдениям.

Развитие теории Д. в настоящее время является одной из наиболее важных задач отечественной психодиагностики.

▸ *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер-пресс, 1999; *Шмелев А.Г.* Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002

Л.Ф. Бурлачук, Н.Д. Творогова

Духовные стремления профессионала – подразумевают осмысленную, добровольную ориентацию на реализацию высших ценностей жизни.

Личностные стремления – это индивидуализированные цели (представления о возможных будущих результатах собственных действий); отражают типичные или характерные задачи, которые человек стремится решать в своем повседневном поведении (Emmons, 1986). Эти цели, стремления могут быть разноуровневыми; высшими среди них считаются духовные. В. Франкл рассматривает духовность как высшее смысловое измерение человека, надстраивающееся над телесными и душевными (психическими) измерениями. Концентрацией духовного бессознательного, с его точки зрения, является совесть (орган, посредством которого человек улавливает истинные смыслы). Согласно А. Маслоу, духовность связана с такими высшими бытийными ценностями, как истина, добро, красота, единство противоположностей, совершенство, простота и т. д. В настоящий период с точки зрения материализма духовность чаще понимается как высший уровень развития и саморегуляции личности, при котором основными мотивационно-смысловыми регуляторами жизнедеятельности становятся высшие человеческие ценности. Духовность может обнаруживать себя и в повседневных личных целях, ощущении благополучия, направленности каждодневных дел; она придает значимость, смысл (чтобы жить, человеку нужен смысл) повседневным поступкам, их целям.

Духовная направленность психолога, врача, ориентация на добро и истину, вся их интегративная история жизни, регулируемая духовными ценностями и устремлениями, в контексте которой естественно осуществляется профессиональная деятельность, позволяют быть истинным Психологом, Доктором (Сестрой милосердия) и в каждой ситуации профессионального общения действовать в интересах здоровья пациента. Духовная зрелость позволяет профессионалу быть в психической «форме», управлять своим эмоциональным состоянием, приводит к тому, что самовыражение в деловом общении (выражение своих переживаний, убеждений, сообщение другим своего собственного мнения и др.) не наносит вреда профессиональным взаимоотношениям, выполнению профессионального долга. Введение формализованных целей делового общения психолога (заданных спецификой его профессиональной деятельности) в контекст его личных устремлений, регулирование делового

общения высшими ценностями, которые освоены психологом (а не только декларируются им), создают предпосылки для успешности этого общения, для осознанного управления им. В каждой ситуации делового общения психолог самоопределяется в интересах здоровья своих пациентов, собственного профессионального благополучия и благополучия своих коллег, общества в целом. И это самоопределение регулируется стремлением творить добро, придерживаться истины, выстраивать красивое деловое взаимодействие. Психологу в медицинском учреждении в некоторых ситуациях полезно «отойти на задний план и всю авансцену» предоставить пациенту (терпеливо выслушивать его, не привлекать к себе внимания, иногда быть незаметным для пациента, осуществляя за ним психологический уход и пр.), в других ситуациях во благо пациента в общении с ним полезно и самораскрытие. Иногда полезна и самопрезентация («самоподача», трансляция своей публичной идентичности, роли).

▸ *Творогова Н.Д.* Деловое общение. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2001; *Она же.* Деловое общение преподавателя медицинского вуза: учебно-методическое пособие. Омск: Отдел международного сотрудничества ОмГМА, 2012

Н.Д. Творогова

Зависимость от психотерапевта — особенность клиента, проявляющаяся в процессе психотерапии: психотерапевт начинает восприниматься им как главный источник силы, здоровья. Большинство клиентов в начале лечения, с одной стороны, стремятся к независимости, противодействуют контролю и давлению, с другой стороны, ищут опору и помощь. Потребность в зависимости может периодически возрастать (например, во время обострения болезни, психологического кризиса). В случае проявления у клиента зависимости от психотерапевта терапевтический процесс затрудняется, клиент не меняет свою жизненную ситуацию, противоборствуя тем самым окончанию лечения и прекращению взаимоотношений с психотерапевтом. Встречаются случаи, когда клиент использует свою беспомощность в целях контроля и доминирования, пытается манипулировать психотерапевтом. В процессе психотерапии важно сфокусировать внимание клиента на проработке его переживаний, связанных с зависимостью.

Возникновение З. от п. рассматривается в психоанализе как признак прогресса. Чтобы помочь клиенту, по мнению Фрейда, его необходимо вовлечь в эмоционально заряженные взаимоотношения и использовать З. от п. для оказания влияния на клиента в желаемом направлении. Однако есть опасность возникновения устойчивой привязанности к психотерапевту, что может необоснованно затянуть процесс лечения.

В соответствии с представлениями В.Н. Мясищева, зависимость, становясь все более устойчивой формой отношения пациента к другим, может трансформироваться в невротическую зависимость как черту характера.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л., 1960

Н.Д. Творогова

Заключение психодиагностическое — документ о результатах тестирования, подготовленный специалистом-психологом. При подготовке З. п. обязательно следует руководствоваться этическими нормами психодиагностики. З. п. должно строиться на всех доступных для исследователя данных. Стандартной формы и правил написания З. п. не существует; оно изменяется в зависимости от цели, ситуации, в которой проводится тестирование, адресата, теоретических установок и специализации психолога. Основное в подготовке З. п. — его соответствие потребностям, интересам и уровню квалификации заказчика.

В З. п. получают отражение отличительные свойства обследуемого, т. е. показатели заметно «низкие» или «высокие», а не только близкие к средним. З. п. должно быть применимо только к данному обследуемому, а не к людям этого возраста, пола, образования, страдающим тем же заболеванием и т. д. Основное содержание З. п. — это интерпретация и выводы; в отдельных случаях могут прилагаться протоколы обследования. Утверждения психолога отражают степень надежности каждого из приводимых фактов или выводов. Следует избегать специальной терминологии в случаях, когда З. п. предназначается не только для психолога-специалиста, психотерапевта.

З. п. ориентируется на действия, которые необходимо предпринять в связи с тем или иным диаг-

нозом психологическим (рекомендации по программам обучения, типу лечения или коррекции, выбору профессии и т. п.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Идентифицированный пациент (лат. identificare – отождествлять) – человек, определенный как пациент (клиент), хотя реальная проблема может находиться в его семье или между партнерами.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Имидж психолога – набор качеств, которые люди ассоциируют с определенной индивидуальностью. И. выступает как своеобразная маска, создающая у людей то впечатление, в котором нуждается ее создатель. Это облик, форма жизнепроявления человека, благодаря которой на вид выставляются сильнодействующие личностно-деловые характеристики (воспитанность, эрудиция, профессионализм и пр.).

Разработка И. преследует цель усиления привлекательности личности, в связи с чем аттракция играет важную роль в имиджировании. Так, для эффекта личного обаяния психолога, врача значимы его здоровье, внешность, рост, красота, самоуважение, легкость адаптации к новым условиям, умение сохранять уверенность в кругу незнакомых людей, доброжелательность, проникновенное обращение с нуждающимися в помощи, «психологическая андрогиния», умение управлять собой. И. в деловом общении клинического психолога является тем личностным инструментом, с помощью которого создаются доверительные отношения. Чаще преуспевает тот, кто соответствует ожиданиям клиентов, пациентов и руководителей лечебно-профилактических учреждений. Поскольку у разных слоев населения разные ожидания, то при разработке И. необходимо конкретизировать круг своего профессионального общения. При подготовке к общению с той или иной группой необходимо учитывать цели, задачи, нормы и ценности той социальной, статусной группы, с которой идентифицирует себя субъект восприятия (пациент, коллега, руководитель, под началом которого работает психолог). Общество становится все более дифференцированным, и, находясь в стандартной роли медицинского работника, приходится корректировать свой И. с учетом той целевой группы, с которой собираешься работать.

Роль (амплуа) выступает как корректирующий фактор поведения личности. Осознанное принятие на себя роли медицинского работника помогает персонифицировать свое поведение, внутренне дисциплинирует ее исполнителя. Ролевой статус обязывает к соблюдению целого ряда правил. Поведение, демонстрирующее ролевые образцы, не нуждается в особом объяснении со стороны пациента, оно предсказуемо, снижает у пациента уровень тревоги, неопределенности. Одежда, как составляющая ролевого поведения медицинского работника, информирует об организации, в которой он работает, о его положении внутри организации и о его отношении к самому себе. Причем каждому человеку свойственно меняться в зависимости от стиля одежды (это относится и к медицинскому работнику, одевшему халат, шапочку). Традиционно медицинский работник поддерживает И. человека, который серьезно относится к своему делу и в систему ценностей которого входит ценность служения здоровью других. Кроме того, свойства личности, желательные для любого сотрудника: компетентность, уверенность в своих силах, доброжелательность, энергичность и др., которые медицинским сотрудникам надо уметь предъявлять другим. Выбирая И., не выходящий за рамки требований общества, профессиональной среды, специалист тем не менее обладает значительной свободой выбора, возможностью проявить свою индивидуальность, самовыразиться, поскольку необязательно бездумно следовать традиции, полезно сосредоточиться на том, что соответствует собственному характеру, образу жизни, представлениям о своей миссии в профессии.

Умение притягивать к себе – часть своеобразной технологии самопрезентации (техники подачи самого себя). Профессионализм выпускника медицинского вуза (клинического психолога, врача, стоматолога, провизора, дипломированной медсестры) предполагает и его умение «подать себя». Самопрезентации способствует коммуникабельность, способность к эмпатии, рефлексии, самонаблюдению. На эффект притяжения к себе влияет и

так называемое флюидное излучение (Шепель В. И., 1994), которое визуально фиксируется как особый блеск глаз, чарующая улыбка, своеобразная интонация голоса, манера поведения, динамика жеста. Способы генерирования такой энергии — возвышенные мысли, радость устремления, позитивные цели, напряжение воли. Такие люди несут теплоту, доброжелательность, возвышенность мыслей и желаний, что «магнитизирует» других, эмоционально располагает. Люди тянутся к таким личностям бескорыстно и доверительно, испытывая комфорт от общения с ними, приходят в своеобразное наркотическое состояние. Позитивное мышление специалиста, его вера в возможности психологии, медицины, проявленное стремление помочь пациенту, деятельное служение людям делают его притягательной личностью. Г. Лебон в «Психологии социализма» писал: «Толпе необходим идеал, к осуществлению которого она могла бы стремиться, ей нужно верование, которое она могла бы защищать. Но отдаться идеалу, верованию она может, лишь увлекшись их апостолами. Они одним личным обаянием возбуждают в душе народной чувства восхищения и сочуствия, составляющие самые прочные основы веры».

Первое впечатление очень важно, так же как и последнее (лучше запоминаются). Поэтому полезно заранее позаботиться о способе самопредъявления (самопрезентация должна в дальнейшем подкрепляться самоутверждением, возможным через достижение конкретных результатов при работе с пациентом), т. к. на первичном приеме важно произвести хорошее впечатление и вызвать доверие пациента за очень короткое время. Важна и процедура расставания.

Психологами изучались: а) такие эффекты, сопровождающие межличностное восприятие, как эффекты стереотипизации, «ореола», первичности, новизны и др.; б) факторы и механизмы формирования первого впечатления; в) роль установок субъекта восприятия на формирование первого впечатления о другом; г) влияние физических и социальных характеристик объекта и субъекта восприятия на эффекты их межличностного восприятия и др.

Взаимодействие объекта и субъекта межличностного восприятия предполагает, что воспринимающий строит образ другого человека, определенную систему выводов и заключений относительно воспринимаемого на основе «прочтения» его внешних данных, качество которого зависит от способностей читающего, «ясности текста», условий, в которых осуществляется этот процесс. Разделение на субъект и объект межличностного восприятия весьма условно, т. к. в этот процесс включены два активных человека, что позволяет говорить о процессе взаимного восприятия и познания. Каждому партнеру приходится принимать в расчет собственные потребности, мотивы и установки другого.

На уровне отдельного акта познания друг друга выделяют такие стороны этого процесса, как идентификация (уподобление себя другому) и рефлексия. Идентификация тесно связана с эмпатией (способностью эмоционально откликнуться на проблемы другого). При этом каждому из партнеров полезно осознать, как он воспринимается другим (рефлексия). Специфика восприятия человека человеком — включение причинной интерпретации поведения другого (каузальная атрибуция) в попытке понять причину и следствия этого поведения. Исследовались способы приписывания не только причин поведения, но и способы приписывания интенций, чувств, качеств личности. Приписывание следствиям поведения другого тех или иных причин (диспозиций личности другого) зависит: а) от степени уникальности поступка; б) степени его социальной желательности, соответствия нормам. Так, поведение, демонстрирующее ролевые образцы, не нуждается в особом объяснении. Мера соответствия вывода и наблюдаемого поведения зависит и от различного вида атрибуции: личной (приписывание причин событий действиям определенных личностей) или безличной (причины событий приписываются действиям обстоятельств).

Как известно, люди не только воспринимают и познают друг друга, но и относятся друг к другу. Оценочный компонент эмоционально окрашенных отношений обычно обозначается термином «аттракция» (синоним: межличностная аттракция), введенным в 1964 г. Международным справочником психологических исследований. Аттракция, как и любой эмоциональный процесс, проявляется на телесном, поведенческом уровнях и в переживаниях субъекта. Эмоциональные отношения влияют на межличностное взаимодействие. Существует связь между позитивным отношением и склонностью приходить на помощь тому, к кому оно ис-

пытывается. Усиление позитивных чувств способствует увеличению альтруистических поступков, а альтруизм — условие роста возможной симпатии. Люди, вовлеченные в положительные эмоциональные отношения, имеют тенденцию оценивать друг друга более высоко.

Факторы, влияющие на уровень симпатии (Гозман Л.Я., 1987): 1) симпатия как реакция на свойства объекта; 2) симпатия и соотношение свойств между субъектом и объектом; 3) симпатия и особенности взаимодействия; 4) симпатия и свойства ее субъекта. Детерминанты аттракции изменяются в зависимости от того, на каком этапе в данный момент находятся межличностные отношения; одни и те же факторы на данном этапе могут способствовать возникновению симпатии, на другом — оказывать отрицательное воздействие или не действовать вовсе. В своем развитии эмоциональные отношения могут стабилизироваться; факторы, их стабилизирующие: адекватная организация взаимодействия, наличие у партнеров определенных личностных свойств и включенность их в совместную деятельность. Распад эмоциональных отношений оказывает деструктивное воздействие на психическое и соматическое состояние человека. Прекращение, как и сохранение отношений, зависит от активных целенаправленных усилий его субъектов.

Обычно И. клинического психолога складывается за годы его обучения в образовательном учреждении в процессе его наблюдения за специалистами и освоения принятых в их среде моделей поведения. Не всегда этот процесс протекает осознанно, слепое же копирование опыта предыдущих поколений может не соответствовать новым реалиям. Имидж-мейкер — специалист, делом которого является создание И. В создании крупномасштабного И. велика роль рекламы, осуществляемой средствами массовой информации. Поддержание авторитета медицинского работника — одна из задач социальной рекламы в любом обществе. Можно и самостоятельно «конструировать» свой образ, для этого полезны: а) осознание того, какое впечатление производишь на те или иные группы людей; б) объективная оценка своих возможностей, ресурсов; в) выбор средств построения желаемого образа (изменение одежды, мимики, выражения лица, поведения и пр.); г) «вхождение» в образ. Принимая во внимание ролевую отнесенность И., его носитель должен демонстрировать пациенту свою способность удовлетворять его потребность в безопасности, стремление к сотрудничеству, учитывать интересы пациента, свое умение и желание работать в интересах здоровья пациента. Личный И. клинического психолога — это средовое явление. Важно, чтобы у пациента в процессе общения с ним родилась мысль: «Я его знаю, он — хороший человек, он годится, так как квалифицирован и хочет мне помочь».

▸ *Гозман Л.Я.* Психология эмоциональных отношений. М., 1987; Имидж лидера / Под ред. Е.В. Егоровой-Гантман. М., 1994; *Творогова Н.Д.* Имидж // Психология управления. М., 2011; *Шепель В.М.* Секреты личного обаяния. М., 1994

Н.Д. Творогова

Информированного добровольного согласия принцип — этический принцип информирования клиентов о преимуществах и недостатках терапии (конкретного ее направления), для того чтобы они могли согласиться на нее, обладая всей полнотой информации. Исполнение этого принципа закреплено законом РФ.

Информированное согласие — добровольное согласие пациента на психологическое (медицинское) вмешательство, основанное на получении от клинического психолога (врача) в доступной для понимания форме достаточной информации о возможных вариантах вмешательства, предполагаемых методах диагностики и лечения и их последствиях для здоровья.

Законодателем установлен возраст, по достижении которого пациент вправе самостоятельно принимать решение без уведомления родителей (т. е. может реализовать свое право на дачу согласия: подвергнуться вмешательству или отказаться от него), — несовершеннолетние старше 15 лет, больные наркоманией старше 16 лет. Согласие на вмешательство в отношении несовершеннолетних лиц, не достигших указанного возраста, и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (после сообщения им о состоянии, результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанных с ними рисками, возможных вариантах вмешательства, их последствиях).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Клиент (в клинической психологии) — субъект, добровольно обратившийся к практическому психологу за помощью и находящийся в ситуации не только объективно существующего, но и субъективно переживаемого им неблагополучия.

Психологическая помощь оказывается К. психологом на основании (устного или письменного) договора, в котором обговариваются основные условия их совместной работы (длительность, периодичность, финансовые вопросы, распределение ответственности и обязанностей сторон и пр.). Психологическая помощь К. оказывается в двух основных формах: 1) психологическое консультирование; 2) немедицинская психотерапия. Выбор формы психологической помощи зависит от глубины и остроты переживаний К. психологического неблагополучия, выраженности недовольства собой, своими отношениями с окружающими, жизнью в целом и пр. Обе формы психологической помощи отличаются от форм собственно медицинской помощи, психотерапии в узком смысле слова, тем, что природа неблагополучия кроется не в болезненных органических процессах, а в особенностях личности К., специфики его жизненной ситуации и характера взаимоотношений с окружающими. К. как субъекта психологической помощи необходимо отличать от пациента как субъекта медицинской психотерапевтической помощи, показателями для которой является наличие медицинского (нозологического) диагноза (свидетельствующего о наличии психического расстройства, соматического заболевания), который ему может поставить, по закону РФ, только врач. Последнее (факт наличия медицинского диагноза у субъекта) модифицирует (в некоторых случаях делает необязательной добровольность обращения к психологу) процедуру обращения за психологической помощью и накладывает ограничения на распределение ответственности между К. (пациентом) и психотерапевтом (психологом) в ходе оказания психологической помощи. К. психологической помощи необходимо отличать и от субъекта социально-психологической и социальной помощи, которую оказывают преимущественно социальные работники и социальные педагоги, работающие не только и не столько в связи с добровольным обращением к ним за помощью, сколько по принципу так называемых социальных показателей.

Психологическую помощь К. оказывает специально подготовленный для этого клинический психолог, имеющий достаточную квалификацию, что фиксируется в выданном ему дипломе о высшем психологическом образовании (специальность «Клиническая психология») и сертификате специалиста, в некоторых случаях — в лицензии на право индивидуальной трудовой деятельности (в сфере психологического консультирования) или в трудовом договоре с государственной или частной (общественной, религиозной, приватной и др.) организациями, для которых оказание психологической помощи является уставной деятельностью.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Г. Лидерс

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) — комиссионная судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты: психологи и психиатры. Процессуальный статус КСППЭ позволяет в экспертном заключении формулировать как интегративные (синтезирующие) выводы, так и выводы эксперта одной специальности. В первом случае формулируются выводы комплексного исследования, входящие в совместную компетенцию экспертов — психологов и психиатров, а во втором — выводы, которые входят в компетенцию эксперта лишь одной специальности. КСППЭ проводится, как правило, в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях Министерства здравоохранения Российской Федерации лицами, занимающими должности врача (судебно-психиатрического эксперта) и медицинского психолога.

КСППЭ в уголовном процессе назначается в отношении обвиняемых (подозреваемых, подсудимых), потерпевших и свидетелей. При производстве КСППЭ обвиняемых в компетенцию экспертов-психиатров входит определение способности подэкспертного лица во время совершения им общественно опасного деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо осознанно управлять ими, имея хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие либо иное болезненное состояние психики («невменяемость»). В совместную компетенцию психолога и психиатра

входит судебно-экспертное установление: а) «ограниченной вменяемости» обвиняемого; б) психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка; в) способности несовершеннолетнего обвиняемого с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. В компетенцию эксперта-психолога входит определение индивидуально-психологических особенностей обвиняемого (например, было ли у него состояние аффекта во время совершения противоправных деяний). Предметом КСППЭ свидетелей выступает способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания. При КСППЭ потерпевших (в том числе по половым преступлениям) определяется их способность понимать характер и значение совершаемых с ними действий или оказывать сопротивление (выявляется, был ли потерпевший в «беспомощном состоянии»). Если потерпевший совершил суицид, предметом КСППЭ становится определение его психического состояния в период времени, предшествовавший самоубийству, и установление причинно-следственной связи между действиями виновного и возникновением и развитием данного психического состояния.

КСППЭ в гражданском процессе проводится в отношении истцов, ответчиков и лиц (детей), в чьих интересах ведется судопроизводство. Наиболее распространены следующие предметные виды КСППЭ: определение способности гражданина понимать значение своих действий или руководить ими, а также состояния заблуждения при совершении сделки; определение возможного негативного влияния психического состояния и индивидуально-психологических особенностей родителя на психическое развитие ребенка при судебных спорах между родителями о месте жительства ребенка или о порядке встреч отдельно проживающего родителя с ребенком; определение изменений психического состояния потерпевших по делам о компенсации морального вреда.

Судебный эксперт предупреждается об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за разглашение данных предварительного расследования, а также обладает совокупностью прав и обязанностей, которые определяются процессуальным законодательством.

При проведении КСППЭ судебный эксперт-психолог применяет методы ретроспективного психологического анализа уголовного или гражданского дела, приобщенной к делу медицинской и иной документации, клинико-психологической беседы, наблюдения; проводит экспериментально-психологическое исследование с использованием методик, направленных на диагностику индивидуально-психологических особенностей, эмоционально-мотивационной сферы, ценностей, самосознания и самооценки, саморегуляции, познавательных процессов (внимания, памяти, мышления), интеллекта.

▸ Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учеб. пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М.: Генезис, 2004 (2-е изд., 2005; 3-е изд., 2009); Руководство по судебной психиатрии: практическое пособие / Под ред. А.А. Ткаченко. М.: Юрайт, 2013; *Сафуанов Ф.С.* Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата / Ф.С. Сафуанов. М.: Юрайт, 2014

Ф.С. Сафуанов

Конгруэнтность (в психотерапии) (лат. congruens – соответствующий, совпадающий) – 1) в теории клиент-центрированной терапии – это способность осознавать собственные внутренние переживания и согласовывать с ними свое поведение; б) в гуманистической психологии К. называется совпадение трех «пластов» коммуникации: вербального, невербального и того, что человек при этом чувствует; рассогласование этих «пластов» всегда замечается партнером по общению и воспринимается как неискренность, недоверие и даже враждебность (так воспримется, например, фраза: «Я очень тебя люблю», произнесенная с холодной интонацией и каменным лицом).

Чтобы клиент на сеансе психотерапии был искренним и открытым, он должен видеть искренность со стороны психотерапевта, которому для этого нужно быть конгруэнтным.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Контакт психотерапевтический – 1) любое взаимодействие между психотерапевтом и клиентом; 2) богатые, плодотворные отношения между психотерапевтом и клиентом, благодаря которым

возможно оказание терапевтического влияния на клиента; 3) раппорт между терапевтом и клиентом.

Термин «контакт», придя из других сфер знания, постепенно наполняется психологическим содержанием. Психологический контакт (лат. «контакт» – это соприкосновение, предполагает осторожное касание границ другого с его согласия) во всех терапевтических школах понимается как: а) условие терапевтического процесса; б) инструмент психологического влияния, способный приводить к позитивным переменам в чувствах, отношениях и поведении пациента.

На этапе возникновения психологического контакта (связи) каждый из потенциальных партнеров по общению: а) начинает (находясь рядом друг с другом или заочно) выделять другого в качестве «фигуры» из «фона», наделяет его некоторой значимостью, что создает психологическую готовность к взаимодействию, коммуникации; возникающее отношение к другому не окрашено пока выраженной положительной или отрицательной эмоциональной окраской; другой получает представленность во внутреннем мире субъекта, вступающего в контакт; б) может быть не включен во взаимные интеракции, от него не требуется и «аварийное» поведение, т. к. в другом он пока не видит угрозы для своей безопасности (не надо убегать, нападать или застывать, что свидетельствовало бы о стремительно развивающемся контакте, перерастающем в борьбу); в) имеет возможность обменяться с другим информацией (вербальной, невербальной) (Творогова Н.Д., 2007). Для установления психологического контакта нельзя недооценивать значение физического контакта, прикосновения (например, в форме рукопожатия). По тому, что информация начала передаваться от одного к другому и стала вызывать обратную реакцию, можно судить, что контакт состоялся. Дальше он может развиваться, затухать, обрываться, завершаться. Виды контакта подразделяются в зависимости от его: 1) продолжительности (кратковременный – долговременный); 2) осознанности (осознанный – неосознанный); 3) произвольности (непроизвольный – требующий осознанных усилий); 4) глубины (первоначальный контакт – возникновение доверия/недоверия – ...).

У каждого человека формируется свой индивидуальный стиль вступления в контакт (как совокупность относительно устойчивых и конкретных для данной личности приемов и методов, направленных на решение данной коммуникативной задачи) в зависимости от сферы общения, ситуативной роли своей и потенциального партнера, наличия предшествующего опыта знакомства и пр.

В случае психотерапии психологический контакт, чтобы стать инструментом влияния психотерапевта на клиента, должен приобрести черты психотерапевтического контакта (КП), который характеризуется: 1) несимметричностью позиций психотерапевта и клиента; 2) ответственностью психотерапевта как профессионала за его установление, поддержание, развитие; 3) осознанным использованием психотерапевтом проверенных (в контексте доказательной психотерапии) приемов, средств; создание им условий для КП со своим клиентом; 4) использованием КП как инструмента психологического влияния с целью достижения психотерапевтической цели. КП во всех психотерапевтических школах – это не только условие психотерапевтического процесса, но и инструмент психологического влияния. В различных психотерапевтических направлениях делается акцент на главном, с точки зрения их разработчиков, терапевтическом механизме КП (так, в психоанализе центральным механизмом КП служит перенос как проявление активизированных в психоаналитической ситуации детских и неизжитых эмоциональных отношений к родителям).

При формировании коммуникативной компетентности медицинского работника европейские специалисты рекомендуют использовать следующие четыре стадии установления, развития и завершения контакта с пациентом. Первая (предварительная) стадия начинается и заканчивается еще до встречи с пациентом, здесь собирается необходимая информация о пациенте, планируется первая встреча с ним, создаются условия для ее проведения. На второй (ориентировочной) стадии происходит первая встреча с пациентом и выясняется причина обращения за помощью. Здесь необходимы создание атмосферы доверия, понимания, признания и открытого сотрудничества, а также разработка договора, контракта с пациентом. Третья (рабочая) стадия преследует цель помочь пациенту справиться с тревогой, повысить его самостоятельность и ответственность за себя. На этой стадии важно развить конструктивные механизмы сотрудничества.

Иногда КП «обрывается», что свидетельствует о неудаче, постигшей психотерапевта в конкретном случае его профессиональной деятельности. Четвертая стадия – завершающая, на которой психотерапевт и клиент могут принять решение о выходе из КП. После принятия решения совместно оценивается продвижение вперед, насколько удалось достичь поставленных целей. В психотерапии завершение КП имеет специальное ритуальное оформление. На этой стадии у пациента надо повышать чувство независимости от психотерапевта. Полезно помочь ему подготовиться к окончанию взаимодействия уменьшением числа встреч или изменением их места.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Творогова Н.Д.* Общение: диагностика и управление. М., 2002

Н.Д. Творогова

Контрперенос (в психоанализе) – совокупность бессознательных реакций аналитика на личность пациента и на его перенос. Объективный К. следует отличать от так называемого субъективного К. (т. е. собственного переноса аналитика), когда терапевт реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность из предшествующей истории своей жизни. С этой точки зрения К. может стать фактором, препятствующим успешной терапии, и должен активно выявляться и контролироваться терапевтом.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции / Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Котерапевт (в клинической психологии) (лат. co(n) – с, вместе) – психотерапевт, непосредственно и целенаправленно сотрудничающий с коллегой (коллегами) в организации и осуществлении конкретного психотерапевтического процесса. Становление института К. связывают с именем Халса (Hulse W.C.) в групповой психотерапии и К. Витакером (Whitaker C.A.) – в семейной психотерапии. В современных направлениях индивидуальной психотерапии также отмечается тенденция смены диадных отношений «психотерапевт – клиент» бригадным обслуживанием клиента двумя (например, в технологии нейролингвистического программирования) или несколькими психотерапевтами (например, в краткосрочной позитивной психотерапии).

Выделяют три основные функциональные позиции К., в разной мере используемые в различных направлениях психотерапии: 1) интенсифицирующая функция – участие нескольких психотерапевтов позволяет делать вмешательство более интенсивным при их одновременной работе (биполярная терапия) или более продолжительным (при проведении марафона) благодаря последовательному обмену ролями ведущего и рекреации; 2) дополняющая функция по профессиональному (врач и психолог) или половому признаку (мужчина и женщина) – чаще акцентирует взаимодополнительность ролевых позиций (например, эмпатически ориентированный психотерапевт, устанавливая и поддерживая контакт с пациентом, облегчает директивные вмешательства технически ориентированного коллеги); возможна и техническая дополнительность (чаще в тренинге), когда котренер реализует определенные приемы, в которых он специализируется; 3) супервизорская функция – К. берет на себя роль супервизора по отношению к коллегам, находится: а) в пассивно-наблюдательской позиции, предоставляя им обратную связь после сеанса; б) активно-контролирующей позиции, позволяющей ему вмешиваться в психотерапевтический процесс по ходу его проведения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Научно-исследовательская работа в сфере здоровья – один из основных видов деятельности клинического психолога (наряду с психодиагностической, консультативной и психотерапевтической, экспертной, преподавательской, психолого-просветительской, организационно-управленческой и проектно-инновационной профессиональной деятельностью). Научно-исследовательская работа (НИР) предполагает компетентность специалиста в аналитической сфере.

Для осуществления анализа полученных результатов в зависимости от назначенного и проведенного лечения пациентов (intention to treat analysis) необходимо уметь проводить обычное когортное

исследование, которое предполагает, что различия между обследуемыми, исключая способ лечения, должны быть нивелированы; для этого осуществляется: а) введение ограничений; б) подбор пар; в) разделение на подгруппы; г) стандартизация (Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э., 1998).

Анализ, осуществляемый в процессе принятия решений (decision analysis), может использовать математический аппарат исследования операций и теории игр, который описывает все имеющиеся варианты и потенциальные исходы каждого из последовательности решений по оказанию помощи пациенту: при проведении диагностических процедур, выборе вмешательства, установлении прогноза. Эпидемиологические данные играют ключевую роль в определении вероятности исходов, которые последуют за каждой использованной возможностью (выбором). Спектр возможностей можно представить в виде дерева решений, на каждой ветви (узле решений) которого находятся развилки с решениями, исходы которых можно предсказать и изобразить. Таким образом, дерево решений отображает все возможности, доступные тем, кто отвечает за оказание помощи пациенту, а также вероятности каждого исхода, который произойдет после того, как будут выбраны те или иные действия или стратегия. Относительную ценность каждого исхода предпочтительно выражать как пользу или качество жизни, например вероятности ожидаемой продолжительности жизни или отсутствия инвалидности; часто в медицине используется такой показатель, как годы жизни, скорректированные на их качество (Ласт Д., 2009).

Анализ соотношения вреда и пользы (risk-benefit analysis) — процесс анализа и сравнения по одной шкале ожидаемых положительных (полезных) и отрицательных (вредных) результатов действия или их отсутствия. Следует иметь в виду, что английский термин и его русская калька «анализ риска и пользы» создают неправильное впечатление об анализируемом балансе.

Кроме теоретического анализа, НИР предполагает и проведение эмпирических исследований. Полученные в таком исследовании результаты проверяются на достоверность (синоним: «валидность»; validity, от лат. validus — сильный); термин имеет несколько значений, обычно сопровождается определяемым словом или фразой. Так, достоверность исследования (validity, study) — степень, в которой выводы, сделанные из проведенного исследования, оправдываются при проверке методов исследования, репрезентативности выборки исследования и свойств популяции, из которой она сформирована. Различают две ее разновидности: 1) внутренняя валидность (Internal 1): основная группа и группа сравнения отбираются и сравниваются таким образом, что наблюдаемые различия между ними по зависимым переменным исследования могут быть отнесены, помимо ошибки выборки, только к предположенному эффекту, который является предметом изучения; 2) внешняя валидность (синоним: «обобщаемость» — Extenal V; generalizability): исследование внешне достоверно, если из него можно делать несмещенные выводы относительно целевой популяции (за пределами субъектов исследования). Этот аспект достоверности имеет смысл только по отношению к конкретной внешней целевой группе населения (популяции). Поскольку эмпирическое исследование предполагает измерение, то достоверность измерения (validity, measurement) — это степень, в которой результат измерения отражает то, что он имеет целью измерить. Выделяют несколько разновидностей достоверности измерения. Конструктивная достоверность (Construct V) — степень, в которой измерение соответствует теоретическим представлениям (конструктам) относительно изучаемого явления. Например, если на основании теории явление должно изменяться с возрастом, измерение, обладающее конструктивной достоверностью, должно отражать степень такого изменения. Достоверность содержания (Content V) — степень, в которой измерение охватывает область изучаемого явления. Например, измерение функционального статуса здоровья должно охватывать повседневную жизненную активность — исполнение профессиональных, семейных, социальных и т. п. обязанностей. Достоверность по соответствию критерию (Criterion 1) — степень, в которой результат измерения коррелирует с внешним критерием изучаемого явления. В этом виде достоверности можно выделить два аспекта: 1) достоверность по совпадению (Concurrent 1): измерение и критерий относятся к одной точке во времени. Примером в медицине может служить визуальный осмотр раны для подтверждения наличия инфекции, в сравнении с бактериологическим исследованием

диагностического образца, взятого в то же время; 2) прогностическая достоверность (Predictive 1): способность предсказать результаты применения критерия. Примером могут служить результаты проверки с помощью стандартной методики способностей учащихся, соотнесенные с последующей успеваемостью.

При проведении исследований возможны и ошибки. Ошибка, погрешность (error) – неправильный или ошибочный результат, полученный в исследовании или эксперименте. Разнообразные ошибки могут возникать, например, вследствие «смещения» (систематической ошибки – systematic error). Систематическая ошибка часто имеет распознаваемый источник, например неисправный измерительный прибор или шаблон, и устойчиво имеет одно направление. Ошибка уровня обобщения (cross-level bias) – систематическая ошибка, возникающая в экологических исследованиях в результате агрегации на популяционном уровне причин и (или) эффектов, которые на уровне индивидуального организма (психики) не существуют. Ошибка экологическая (ecological fallacy; синонимы: aggregation bias, ecological bias) – а) ошибка, которая может возникнуть потому, что ассоциация, наблюдаемая между переменными на уровне группы, не обязательно соответствует ассоциации, которая существует на индивидуальном уровне; б) ошибка в выводах связана с тем, что исследователю не удалось различить уровни организации: корреляция переменных, основанная на признаках групп (экологическая), не обязательно воспроизводится при изучении корреляций признаков индивидов; ассоциация на одном уровне может исчезнуть или инвертироваться на другом. Случайная ошибка (random error) – часть изменчивости результатов измерения, не связанная заметно с другим измерением или переменной; обычно рассматривается как возникающая случайно.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 62, 63, 159; Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (4-я ред.) / Под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. Москва, 2008. С. 30, 38; *Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1998. С. 190

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Общение психолога с клиентом – ролевое общение, которое предписывает характер взаимоотношений и взаимодействия с клиентом; обладает терапевтическим эффектом. В ролевом общении психолог в определенной мере лишается спонтанности, непредсказуемости, его шаги и действия стандартизируются. Такое поведение психолога в границах своей роли становится защитой для клиента, который не должен стать заложником индивидуальных черт характера, субъективных целей, эмоционального состояния психолога (Творогова Н.Д., 2007). С другой стороны, ролевая защита может способствовать усилению деперсонификации общения психолога с клиентом (сокрытию своего личностного, проблемно-смыслового поля) (Хараш А.У., 1987), в то время как клиент от психолога ожидает подлинности и самораскрытия. Он должен быть уверен в своем психологе не только как в профессионале, но и как в личности, которой доверяет свое психическое здоровье. Именно поэтому для углубления психологического контакта с клиентом психолог может использовать самораскрытие. По отношению к пациенту врач же осознанно занимает определенную позицию, которая задает ролевую стратегию его взаимоотношений и взаимодействия с ним.

▸ Биоэтика. Вопросы и ответы / Сост. и отв. ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко. М., 2005; *Творогова Н.Д., Кулешова К.В.* Медицинская психология. М., 2002; *Творогова Н.Д.* Как научиться общаться с пациентом // Медицинская академия. 2007. № 1

К.В. Кулешова

Общения профессионального толерантность – важнейшая характеристика профессионального общения специалиста помогающей профессии.

Психологу, врачу (медсестре) в контексте своей профессиональной деятельности приходится иметь дело с людьми, у которых разные характеры, разное социальное, экономическое положение; они могут придерживаться разных политических взглядов, религиозных убеждений, нетрадиционных сексуальных ориентаций и пр. И по отношению к каждому из них профессионал должен максимально хорошо выполнять свои должностные обязанности; хотя как человеку кто-то из них ему может нравиться, а кто-то и нет. От специалиста требуется толерантность к расовым, национальным, политическим и

другим характеристикам своих пациентов (и противопоказана толерантность ко всему, что вредит их здоровью).

«Принятие пациента» не означает обязательного «согласия с ним», разделения его взглядов, отказа от своих убеждений. Толерантность предполагает защиту своих ценностей и уважение взглядов и ценностей других, предполагает признание плюрализма, свободу выражения каждым своего мнения, своей позиции.

Толерантность – сложное установочное образование, имеющее уровневое строение (Шлягина Е.И., Бархатова А.Б., 2006). Существуют осознаваемый и неосознаваемый уровни толерантности; можно диагностировать как ее внешние проявления, так и глубинные, порой неосознаваемые пласты. Гармоничная толерантность (при отсутствии рассогласования между разными уровнями толерантности) может быть активной (характеризуется готовностью оказать помощь, конструктивно действовать, идти на сотрудничество в проблемно-конфликтных ситуациях) и пассивной (характеризуется терпимо-равнодушным, корректным отношением к партнеру при отсутствии готовности к совместному разрешению конфликта; желанием дистанцироваться, вежливо выйти из ситуации).

В случае делового стандартизированного общения психолога со своим клиентом речь скорее может идти или о негармоничной толерантности (на вербальном уровне декларируется толерантность ко всем проявлениям, особенностям своих клиентов, пациентов, а на бессознательном уровне эта толерантность отсутствует, о чем специалист может и не подозревать, хотя после общения с некоторыми пациентами испытывает усталость, неконтролируемый гнев и пр.), или о пассивной толерантности (личностной невключенности в других, по сути, безразличии к ним, стереотипном выполнении своих ролевых функций). Психолог может осознавать свое непринятие некоторых пациентов, и тогда его толерантность будет неестественным для него воздержанием, внешним смирением с поведением, убеждениями и ценностями других, что диктуется стандартами его профессионального поведения. К этому можно привыкнуть; существуют индивидуальные различия в способности выносить стресс, эмоциональное напряжение без серьезного вреда для себя, для пациентов. Однако чаще психологу, медицинскому работнику необходима помощь, чтобы после работы освободиться от накопившегося напряжения из-за необходимости общаться с трудными пациентами, не прерывать с ними общения, выполнять свой профессиональный долг на уровне, предусмотренном должностными инструкциями.

В случае личностно открытого общения незрелой личности невозможно говорить о толерантности к другим: обязательно кто-то нравится больше, кто-то меньше, вследствие чего одним оказывается помощь в полном объеме, другим – по принуждению (административному, финансовому, волевому усилию над собой и пр.). Такое отношение к своим пациентам, несомненно, будет сказываться на качестве предоставляемых услуг.

Для специалиста, находящегося на духовном пути самотрансформации, имеющего духовные устремления, каждая встреча с другим человеком выступает как вызов, как возможность лучше узнать себя, стать мудрее. Личностная толерантность к другим в этом случае становится одним из даров на пути духовного самосовершенствования.

▸ *Творогова Н.Д.* Деловое общение. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2001; *Она же.* Деловое общение преподавателя медицинского вуза: учебно-методическое пособие. Омск: Отдел международного сотрудничества ОмГМА, 2012; *Она же.* Нарушение психической саморегуляции медицинских работников. Синдром эмоционального выгорания // Менеджер здравоохранения. 2004. № 1. С. 25–30

Н.Д. Творогова

Общественная функция клинического психолога – профессиональное участие в поддержании общественного и индивидуального здоровья. В связи с необходимостью решения практических задач, направленных не только на поддержание индивидуального, но и общественного здоровья, клиническому психологу все чаще приходится иметь дело с теми или иными группами населения.

Последние десятилетия наблюдается интеграция психотерапии в общество. Предпринимались попытки решать социальные проблемы в контексте различных психологических школ. Проблема модификации поведения разработана в трудах Б. Скинера, который предполагал, что специально подготовленный психотерапевт сможет выступать

в роли «социального инженера», разрабатывающего систему поощрения и наказания для модификации социально нежелательного поведения людей. Для изменения общественной и политической ситуации К. Роджерс предлагал проводить соответствующую психотерапию политиков, руководителей хозяйственных структур и лидеров общественных объединений. В контексте исследований по трансперсональной психологии С. Гроф утверждает, что благодаря работе с холотропными состояниями сознания возможно преодоление духовно-психических корней злобной агрессивности и ненасытной алчности (господствовавших на протяжении человеческой истории), решительное внутреннее преображение человечества и восхождение на более высокий уровень сознания. Глубинная психология предпринимает попытки приложить свои открытия к истории и политической науке. Разрабатываемая в ее контексте психоистория (Л. Де Моз) как научная дисциплина изучает такие вопросы, как: а) связь между историей детства политических лидеров, их системой ценностей и ходом принятия ими решений; б) влияние обычаев воспитания детей на характер революций в отдельные исторические периоды и пр.

Несмотря на противоречивые эмпирические данные о возможности эффективного решения психологами социальных проблем, во многих странах продолжают возрастать ожидания относительно роли клинических психологов в поддержании здоровья населения, профилактики девиантного поведения. Психологи выдвигают цели, касающиеся совершенствования межличностных отношений, семейных, микро- и макросоциальных структур; проводят комплекс мероприятий по формированию корпоративной культуры, сплочению сотрудников организации, оказывающей психотерапевтические услуги и др. Для решения этих задач, для выполнения культурно-просветительской функции психологам приходится иметь дело с общественностью.

Связь с общественностью (англ. public relations) функционирует во всех сферах жизни общества, поскольку отражает важнейшие стремления человека: быть понятным, открытым для широкого сотрудничества в атмосфере взаимной доброжелательности (в своей практической деятельности институт PR формализует эти стремления человека). Услугами PR пользуются известные психологи, фармацевтические, лечебно-профилактические учреждения, организации, функционирующие в сфере общественного здравоохранения, которые все больше начинают находиться в фокусе внимания СМИ и общественности. Обязанности PR-специалиста, получившего заказ в рамках общественного здравоохранения, – это поддержка связи с правительственными чиновниками, проведение специальных акций (выставок, приемов, презентаций), проведение мероприятий для журналистов (например, пресс-ланч), проведение promotion-акций (лотереи, конкурсы и пр.), спонсорские акции, контроль за рекламой и рекламными материалами (например, за тем, как аудитория реагирует на ту или иную рекламу), подключение к программе лидеров общественности и пр.

Важнейшие задачи: а) установление взаимопонимания и сотрудничества между двумя категориями целевых аудиторий (внутренней, например психологами, их клиентами, семьями клиентов, психотерапевтическими группами и пр., и внешней – общественными деятелями, государственными служащими, теми или иными слоями населения и пр., т. е. доведение информации до определенных людей или группы лиц), получение поддержки ключевой аудитории (например, журналисты непосредственно не влияют на здоровье населения, но от их работы зависит эффективность работы клинического психолога с той или иной группой населения) и лидеров общественности (культовых лиц, чье мнение важно для определенного социального слоя); б) формирование имиджа лечебно-профилактического учреждения; в) оповещение широких масс людей или целенаправленное воздействие на определенных лиц, помощь людям в поиске необходимых им услуг, связанных со здоровьем; г) изучение географии распространения информации о здоровом образе жизни; д) расширение рынков сбыта услуг (например, медицинских, реабилитационных, профилактических), товаров (например, эффективных лекарственных препаратов) и др.

Для обеспечения общественного здоровья общественное здравоохранение решает ряд своих задач с помощью PR-специалистов, которые проводят рекламные кампании, участвуют в разработке социальной рекламы. Клинические психологи совместно с другими специалистами в сфере обще-

ственного здоровья участвуют в PR-акциях (например, программа «Профессия и дистресс»), изучают запросы населения в сфере здоровья, проводят мониторинг уровня психического благополучия разных групп населения. Для клинических психологов PR-специалисты, PR-агентства – это тот инструмент, с помощью которого идеи здоровья, психического благополучия, модели поведения, направленного на здоровье, модели позитивного мышления и пр. продвигаются на рынок потребительских услуг населения.

Учитывая общественную значимость профессиональной деятельности клинического психолога, особое значение приобретает этический кодекс, которого он придерживается и который принят профессиональным сообществом. Общество защищает здоровье своего населения принятием соответствующего законодательства о профессиональной деятельности психиатров, психотерапевтов, психологов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Д.В. Кулешов

Подлинность – в психотерапии, ориентированной на клиента, способность психотерапевта проявлять свои истинные внутренние чувства, не скрывая их от пациента.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Позиция психотерапевта (греч. psyche – душа и therapeia – забота, уход, лечение) – ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с клиентом. Ведущие параметры П. п.: а) «авторитарность – партнерство» в выборе целей и задач психотерапии (авторитарная позиция подразумевает отношение к клиенту как к объекту манипуляций со стороны психотерапевта; партнерство предполагает видение в клиенте равноправного соучастника психотерапевтического процесса); б) «директивность – недирективность» в их технической реализации (является одновременно мерой разделения ответственности за результат психотерапии).

Выбор позиции в индивидуальной психотерапии зависит от индивидуальных особенностей психотерапевта и установок пациента, диктуется концептуальной позицией психотерапевта и техническими особенностями используемых им методов психотерапии. Показателем профессионализма психотерапевта является его способность сознательно занимать различные позиции, исходя из интереса пациента и требований используемых методов.

В групповой психотерапии вслед за Р. Шиндлером выделяют: 1) альфа-позицию эмоционального лидера; 2) бета-позицию лидера-эксперта; 3) гамма-позицию пассивного конформиста; 4) дельта-позицию отвергаемого «козла отпущения», объекта групповой агрессии. Каждую из этих позиций сознательно может занять групповой психотерапевт в зависимости от фазы развития психотерапевтической группы (эти же позиции может занять и каждый участник группы).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психического статуса оценка (лат. status – положение) – формальная часть интервью, определяющая текущее психическое функционирование пациента; обычно используется в медицинской практике.

П. с. о. как вид обследования уместна в случаях, когда требуется оценить состояние пациента, исследуя его поведение, мотивацию, восприятие, мышление, эмоциональную сферу, интеллект. В ходе П. с. о. типически представлено моторное поведение как один из аспектов поведения пациента.

▸ *Каган В.Е.* Практическая психология для психологов и врачей: обучающий тестовый контроль. М.: Смысл; Академический Проект, 1999

Н.Д. Творогова

Психодиагностика в спорте – раздел психологии спорта, основной целью которого является измерение и контроль психических особенностей спортсменов, ориентированные на решение текущих прикладных задач (Мельников В.М., Ямпольский Л.Г., 1985). Спортивная психодиагностика ставит своей целью изучение спортсмена и его возможностей в конкретных условиях его спортивной деятельности. Научные и практические основы психодиагностики в спорте разработаны А.Ц. Пуни, В.Л. Марищуком, Ю.П. Блудовым, И.П. Волковым, А.В. Родионовым и др.

В.Л. Марищук и его коллеги выделяли три основных направления применения психодиагности-

ческих методик в спорте: а) выяснение того, каким видом спорта целесообразно заниматься новичку (ребенку или подростку); б) формирование спортивного коллектива, выступающего на соревнованиях как единое целое («спортивная селекция»); в) отбор спортсменов с одинаково высоким уровнем квалификации (комплектование команды) для включения их, например, в национальную сборную. Современная психодиагностика в спорте участвует в решении и более широкого круга задач, таких как: а) обеспечение отбора спортсменов на этапах прихода в спортшколу, комплектации команд и состава сборных; осуществление профконсультирования в период окончания спортивной карьеры; снижение субъективного отсева из команд; б) определение степени и уровня готовности спортсмена и команды к предстоящим соревнованиям; в) разработка адекватных методов индивидуальной подготовки спортсменов; г) разработка рекомендаций по работе с конкретным спортсменом или командой.

Спортивная психодиагностика в зависимости от конкретной задачи может осуществляться как в тренировочном, так и в соревновательном процессе и использовать как общие психологические методы диагностики, так и модифицированные методы и методы, непосредственно адаптированные и разработанные применительно к специфике спортивной деятельности. Основная ценность любой методики в свете требований спортивной психодиагностики заключается в возможности адекватно измерять значимые психологические характеристики спортсменов и на этой основе прогнозировать успешность их спортивной деятельности.

▸ *Марищук В.Л., Блудов Ю.М.* Методики психодиагностики в спорте. М.: Просвещение, 1982; *Мельников В.М., Ямпольский Л.Г.* Введение в экспериментальную психологию личности. М.: Просвещение,1985

А.Е. Горовая

Психодиагностика медицинская — система методов, используемых в клинической психологии для исследования больного человека. В отличие от общей психодиагностики П. м. направлена: 1) на обнаружение психологических отклонений от нормы; 2) изучение не только особенностей личности, но и других психических явлений: познавательных, двигательных, эмоциональных процессов и состояний, а также состояния сознания. Целями П. м. является диагностика нарушений психики (личности, познавательных, эмоциональных процессов и др.), обоснование способов компенсации дефектов и оценка их эффективности. П. м. имеет ряд ограничений, связанных с клиникой (гуманность, краткость по времени процедуры исследования, применение методов, доступных для больного, и др.). Важнейшим для всех направлений П. м. является метод беседы с целью получения первичной информации о психическом состоянии пациента, степени его психической сохранности, что необходимо для выбора тактики последующего специального психологического обследования. Методы П. м., преимущественно используемые в разных областях клинической психологии, различны. В нейропсихологии главным образом используются методы А.Р. Лурии, направленные на изучение высших психических функций, на выявление нейропсихологических синдромов и диагностику локальных поражений головного мозга. В патопсихологии преимущественно используются методы анализа личности больного (мотивационной сферы, установок и др.), эмоциональных состояний, сознания (осознания окружающего и самого себя). Для этого применяются различные проективные тесты, опросники (тест Р. Кэттела, ТАТ, тест Роршаха, когнитивные тесты и др.). В психосоматике в основном используются методы оценки эмоционально-личностной сферы больного, осознания им болезни (состояния внутренней картины болезни, особенностей психологической защиты и др.). Для этих целей применяются как общие патопсихологические, так и специальные методы. Особое место в П. м. занимают методы, используемые в психотерапии и психоанализе для выявления скрытых переживаний, связанных с острой или хронической психологической травмой (метод свободных ассоциаций, анализ сновидений, оговорок и др.). Данные методы (впервые предложенные З. Фрейдом), используемые при диагностике неврозов, психосоматических расстройств, трудностей в области общения и социальной адаптации, направлены на выявление переживаний и действий, обусловленных неосознаваемыми мотивами. При изучении детей с аномалиями психического развития П. м. направлена на анализ уровня развития психических функций и личности ребенка, на определение формы аномалии. Для этих це-

лей используются методы, разработанные в детской психологии, нейропсихологии и патопсихологии (методы на обнаружение «зоны ближайшего развития», детский ТАТ, детская батарея тестов Векслера и др.).

П. м. основана прежде всего на качественном анализе психических феноменов; менее развит количественный психометрический подход, преимущественно используемый в общей психодиагностике. Однако за последние годы психометрические методы (статистические, метод корреляционного факторного анализа и др.) стали применяться и в П. м. Они наиболее адекватны при изучении больших массивов данных (например, при сравнении разных групп больных). Успешно разрабатываются в различных областях клинической психологии (в детской, нейропсихологии индивидуальных различий и др.) компьютерные методы П. м. Для современной клинической психологии характерно сочетание традиционных клинических и новых математических методов (в том числе с использованием компьютерной технологии).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Психодиагностическое обследование – деятельность психолога, конечным результатом которой является диагноз психологический. Выделяются три основных этапа П. о.: 1) сбор данных в соответствии с задачей обследования; 2) обработка и интерпретация полученных данных; 3) вынесение решения (диагноз или прогноз). В организации и проведении П. о. обязательно соблюдение этических норм психодиагностики. Психолог, проводящий П. о., должен иметь соответствующий цели и задачам обследования уровень тестовой компетенции.

Сбору данных с помощью стандартизированных психодиагностических методик (тестов) должен предшествовать период ознакомления с некоторым комплексом объективной и субъективной информации об обследуемом (например, история болезни, заключения других специалистов и т. д.). С этой целью могут быть использованы и опросники-анкеты. Авторы всех известных тестов обращают особое внимание на предварительное знакомство с обследуемым, благодаря которому создается основной фон для взаимодействия по ходу проведения П. о., намечаются элементы рабочей картины личности, необходимые для формулировки предварительных гипотез предстоящей формализованной диагностики и последующего прогноза.

Поскольку П. о. всегда образует систему взаимодействия «экспериментатор – обследуемый», необходимо учитывать влияние различных переменных, включенных в эту систему (ситуационные переменные, к которым в первую очередь относятся психодиагностические ситуации, переменные цели обследования и задания, переменные исследователя и обследуемого). При выборе психодиагностических методик следует руководствоваться сведениями об их надежности и валидности по отношению к диагностической задаче. Этап сбора данных завершается представлением полученных результатов в виде, который задан типом методики (построение «профиля личности», перевод «сырых» оценок в стандартные величины, расчет коэффициента интеллекта и т. д.). В процессе переработки и интерпретации диагностических данных традиционно выделяют два пути: клинический и статистический. Клинический подход ориентирован прежде всего на опыт исследователя, интуицию; его особенностью является доверие к «субъективному суждению» (Анастази А., 1982). Статистический подход предусматривает учет объективных (количественных) показателей, их статистическую обработку в виде, например, уравнения регрессии. В зарубежной литературе неоднократно проводилось сравнительное изучение клинических и статистических прогнозов; во многих исследованиях продемонстрирована более высокая эффективность статистического прогноза. Однако вопрос об эффективности этих подходов не может быть решен альтернативно; в полноценном П. о. необходимо гармоничное сочетание клинического и статистического подходов, а не их противопоставление.

На определенном этапе П. о. нередко возникает необходимость упорядочения диагностических показателей, сведение их в систему. Эта задача многократно усложняется в случае, когда используемые диагностические методики опираются на различные теоретические положения, а полученные результаты выражаются не в общепринятых терминах. Интеграция разнородных данных может осуществляться на эмпирическом и теоретическом уровнях. В первом случае разрабатывается какая-

либо схема сопоставления результатов отдельных методик без обращения к стоящим за ними теоретическим концепциям. Это может быть, например, пятибалльная шкала, крайние значения которой характеризуют «высокий» и «низкий» показатели каждой методики. Теоретический уровень обобщения диагностических данных значительно сложнее; здесь требуется систематизация полученных результатов на основе теории и выражение их в понятиях этой теории.

На этапе принятия решения выделяют уровни диагностических заключений. П. о. завершается разработкой программы действий, которые необходимо осуществить применительно к данному случаю, например: а) дополнительные занятия по развитию тех или иных способностей у учащегося; б) направленное терапевтическое воздействие с учетом личностных особенностей пациента и т. д. При необходимости итоги П. о. должны быть представлены в психологических понятиях, доступных и неспециалисту.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Психологическая оценка (psychological assessment) – результат исследований, целью которых является раскрытие индивидуально-психологических особенностей личности, необходимых для понимания различных форм ее жизнедеятельности в норме и патологии. В последнее десятилетие понятие П. о. получило широкое распространение и часто заменяет повсеместно использовавшееся ранее психологическое тестирование; закреплено в названии ряда ведущих периодических изданий, посвященных психологической диагностике (например, «European Journal of Personality Assessment», «Journal of Personality Assessment» и др.). П. о. – понятие более широкое, нежели психологическое тестирование, поскольку оценка может проводиться не только с помощью тестов. Появление и распространение на Западе данного понятия, однозначное определение которого отсутствует, вероятно, связано со стремлением исследователей подчеркнуть существование внетестовых психологических оценок личности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Психологическая помощь – широкая многоуровневая сфера помогающей психологической практики. Осуществляется в четырех формах: а) психологическая консультация (англ. consulting); б) психокоррекция; в) психологическое консультирование (англ. counselling); г) психотерапия.

Потребность в П. п. и ускоренное развитие ее во второй половине XX в. связаны, с одной стороны, с негативными последствиями научно-технической революции, сопровождаемой убыстрением темпа жизни, стрессами от экономического и психологического неблагополучия, страхами за жизнь и здоровье (свое и своей семьи) и т. п., а с другой стороны, с «революцией», совершившейся в мироощущении, миропонимании и осознании людьми себя и своих проблем (признание значимости собственной жизни, ощущение себя главным распорядителем своей судьбы, восприятие житейских невзгод не как неизбежного условия существования, а как некоего «сбоя», который может и должен быть устранен, для чего и существует помощь разных специалистов, обладающих соответствующей профессиональной квалификацией и др.). Отражением подобного мироощущения служит категория «проблема», которая в теории П. п. занимает такое же центральное место, как категория «болезнь» в медицине. Под «проблемой» мыслится широчайший круг нарушений в отношениях человека с жизнью, окружающими людьми и с самим собой.

Несмотря на условность разделения П. п. на психологическую консультацию, психокоррекцию, психологическое консультирование и психотерапию, все они взаимосвязаны и дополняют друг друга. Тем не менее все чаще возникает необходимость их отдельного рассмотрения, поскольку каждая из названных форм имеет собственную зону приложения. В зависимости от сферы, где востребована помощь, и вырастающих отсюда специфических целей и задач, степень различия между формами П. п. может существенно колебаться.

Психологическая коррекция, в отличие от психотерапии, которая применяется в случае относительно четко выраженной клинической картины «психосоциально или психосоматически вызванных расстройств поведения и состояний страдания», скорее связывается с профилактикой (первичной, вторичной) такого рода расстройств (Притц А., Тойфельхарт Х. В кн.: Психотерапия: новая наука о

человеке. 1999. С. 10, 28). Показаниями к психологической коррекции служат психические нарушения или поведенческие отклонения, которые уже начали складываться, образуя повышенный фактор риска (Поляков Ю.Ф., Спиваковская А.С. В сб.: Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. 1985. С. 119–126). Непосредственные цели психокоррекции аналогичны целям психотерапии в той мере, в какой они направлены на реконструкцию негативных психологических новообразований в человеке, но в неменьшей степени они служат предупреждению дальнейшего развития ведущего дефекта и сопутствующих ему условий. Психокоррекция с необходимостью включает блок диагностики, направленной на выявление ведущего дефекта и механизмов его возникновения и сохранения. Как и в психотерапии, диагностика и коррекция осуществляются практически синхронно, и на всем протяжении психокоррекционной работы коррекционные техники и «приемы» могут одновременно являться и диагностическими приемами.

Психологической диагностике и коррекции подвергаются все составляющие «факторов риска» и существующие между ними связи. Так, например, в процессе коррекционной работы с детьми и подростками (в форме игры, тренинга или групповой работы) реконструируется не только ведущий дефект развития или поведения ребенка, но и факторы, обусловившие его возникновение и способствующие его устойчивости. В этом случае системная коррекция может включать разные уровни совместной работы с родителями и семьями: от консультирования родителей и семей до семейной терапии.

Психологическая консультация представляет собой информирование клиента и расширение его представлений о разных аспектах переживаемой им проблемы на основе достижений научного знания. Психолог-консультант определяется как «специалист, обладающий необходимой профессиональной подготовкой, которая позволяет ему давать консультируемому совет и рекомендации по личным, социальным и психологическим проблемам» (The New Fowler›s Modern English Usage. Oxford: Clarendon Press, 1996. P. 187).

Критерии отличий психологического консультирования и психотерапии характеризуются большой условностью; оба этих термина нередко используются как взаимозаменяемые. По мнению ряда авторов, это представляется оправданным, поскольку оба термина одинаково имеют в виду серию прямых контактов с индивидом (клиентом), направленных на то, чтобы помочь ему изменить свои патогенные внутренние установки и поведение, используя с этой целью специальным образом построенные в процессе консультирования помогающие отношения. Параллельно существует тенденция называть «консультированием» более краткосрочную и поверхностную работу с клиентом, оставляя за психотерапией приоритеты интенсивной и длительной работы, направленной на глубокую внутреннюю реорганизацию личности. Комментируя эту тенденцию, К. Роджерс замечает: «Несмотря на то что, может быть, и существуют какие-то причины для такой дифференциации, ясно, что интенсивное и успешное консультирование ничем не отличается от интенсивной и успешной психотерапии» (Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. 2000. С. 10). Стоит отметить, что оба видных представителя американской гуманистической психологии и психотерапии, Р. Мэй и К. Роджерс, называли свою психотерапию «психологическим консультированием», возможно, тем самым стараясь дистанцироваться от психоанализа и так называемой медицинской модели психотерапии, т. е. от осуществления «лечебных процедур» над пациентом, и разрабатывая новую теорию личности, ориентированную на критерии «психологического здоровья» (Мэй Р. Искусство психологического консультирования. 1994). Достаточно перечислить «слагаемые личности», которые Р. Мэй выдвигает на первый план, прежде чем раскрыть секреты своего терапевтического искусства: свобода (в противовес детерминированности), индивидуальность, социальная интегрированность и глубина религиозности.

Обе тенденции продолжают сосуществовать в сфере психологической практики и поныне. В одних случаях самые основы психологического консультирования связываются с интеграцией различных подходов, сложившихся в мировой психотерапевтической теории и практике. Ставятся примерно однородные задачи в работе с клиентом. Главнейшая из них — помочь ему найти путь к собственным вну-

тренним ресурсам (Мастерство психологического консультирования. Под ред. А.А. Бадхена, А.М. Родиной. 2002. С. 5). Определение консультанта как специалиста, «подготовленного для дачи советов и рекомендаций по личным, социальным или психологическим проблемам», расценивается в этом контексте как «любопытный нонсенс». Интервенции подобного рода, по мнению авторов, не только не являются «определяющей составляющей профессиональной деятельности психолога-консультанта», но отдаляют психологическое консультирование от его подлинных целей, поскольку никакой совет не способен помочь человеку открыть свой внутренний потенциал (там же, с. 11).

В то же время существуют области применения, где понятиям «психотерапия» и «психологическое консультирование» приписываются разные функции. Так, например, в сфере традиционной детской и подростковой психотерапии различаются индивидуальная психотерапия ребенка и сопровождающее ее консультирование родителей. Последнее сводится к обмену информацией между родителями и терапевтом, способствующему лучшему пониманию родителями задач терапии, принятию ими процесса лечения, развитию устойчивых кооперативных отношений с терапевтом. При определенных условиях консультирование может перерасти в семейную психотерапию (Психотерапия детей и подростков. Под ред. Х. Ремшмидта. 2000).

В последние годы в связи с расширением картографии помогающих профессий намечается тенденция к еще более четкой концептуальной дифференциации сферы психологического консультирования и психотерапии. Например, в русле корпоративного консультирования, в связи с оформлением нового его жанра, называемого психологическим коучингом (сопровождение, содействие, личное наставничество) и ориентированного на работу с «первыми лицами» компаний, предприятий, банков, критически переосмысливается даже самый термин «помощь», на смену которому выдвигается более партнерское — «совместная работа». Соответственно, и в отношениях «консультант/коучер – клиент» акцент делается на принципиальном равенстве сторон. «Клиенту» в процессе предложения и принятия решений отводится не менее весомая роль, чем «коучеру»-консультанту. Тем не менее коучинг в огромной степени использует теоретический багаж и принципы гуманитарной психотерапии (в свою очередь, и способствуя их развитию), благодаря чему достигается его высокая эффективность (Rogers J. Coaching Skills (a handbook). London, 2004; Психологический «коучинг» и корпоративное консультирование. МПЖ. 2002. № 2).

Психотерапия в последние десятилетия заявляет о себе как «новая наука о человеке», все более удаляющаяся от идеала естественных наук и выработанных в этой области стандартов научности ввиду их неприменимости к тем человеческим измерениям, которыми оперирует психотерапия. Одно из современных толкований этого термина, фигурирующее в австрийском Федеральном законе о психотерапии от 1990 г., гласит: «Термин «психотерапия», происходящий из древнегреческого языка и означающий примерно «чуткую заботу о жизни, душе, уме, настроении человека», уже по своему изначальному значению говорит о том, что ограничение психотерапии сферой лишь лечения болезни никак не оправдано» (Притц А., Тойфельхарт Х. 1999. С. 11). Психотерапия понимается здесь как дисциплина, пытающаяся смягчить внутренне спровоцированные или приобретенные жизненные проблемы, пользуясь преимущественно речевыми (в противовес медикаментозным) средствами, хотя и не ограничиваясь только ими (там же, с. 50).

Психотерапия представлена сегодня многочисленными школами и направлениями, которые нередко находятся в отношениях противостояния друг другу; хотя в наши дни конкуренция между ними все чаще сменяется попытками их диалога и интеграции. Многообразие психотерапевтических подходов и отсутствие общей для них методологии нередко объясняется тем, что психотерапия в целом находится пока на допарадигмальной стадии развития (Макаров В.В., Казаковцев Б.А. Психотерапия: новая наука о человеке. М., 1999. С. 5–9). Тем не менее отсутствие единой методологии не помешало процессу последовательного отделения психотерапии от смежных дисциплин (прежде всего теологии, академической психологии и медицины). Этот процесс, развиваясь на протяжении всего прошлого века, особенно интенсифицировался в последние его десятилетия. Психотерапия стала самостоятельной междисциплинарной областью, заняв место на перекрестке социальных, гуманитарных и естественных наук, не принадлежа полностью ни к одной из этих групп.

Благодаря продолжающемуся процессу внутренней эмансипации психотерапии от медицины и очевидной тенденции ее гуманитаризации, в широком смысле слова современную психотерапию можно отнести к одной из наиболее значительных форм П. п. Но при этом тут же придется вспомнить, что в картографии помогающих профессий, в рамках психотерапии, сейчас интенсивно заявляет о себе жанр, специфика которого заключается в собственно П. п., – экстренная П. п., в центре которой – человек, находящийся в состоянии острого кризиса.

Практика экстренной П. п. начала складываться давно, еще в годы Первой мировой войны. Отметим, что в это же время возникает экзистенциализм, поставивший в центр своего рассмотрения человека отчаявшегося, оказавшегося в пограничной, экстремальной ситуации; тем не менее не эти идеи легли в основу первых представлений об экстренной П. п. На определение специфики жанра больше повлияли принципы социальной медицины с ее акцентом на превентивных мерах, обеспечении готовности сообщества, культурно-исторической психологии и пр. Важнейшей составляющей экстренной П. п. является исследование факторов риска и, напротив, факторов, обеспечивающих устойчивость человека в катастрофических обстоятельствах. Сегодня экстренная П. п. нередко представляет собой работу не с последствиями травмы, а работу в эпицентре катастрофы. Жанр экстренной П. п. характеризуется широким социальным охватом; предполагается, что любые превентивные меры должны учитывать социальные процессы, возникающие вокруг травматического события, позитивные и негативные аспекты социального взаимодействия в этот период, культурный контекст, существующие традиции, ритуалы и пр. Социальная поддержка признается важнейшим защитным фактором после травмы, а работа с семьей – одной из важнейших мишеней психологического вмешательства. Жанр экстренной П. п. требует от клинического психолога очень высокого психологического искусства и не только этого; этот жанр заявляется как превентивный, направленный на предотвращение посттравматических расстройств, которые требуют подчас уже очень глубокого психотерапевтического вмешательства (Бурмистрова Е.В., Федунина Н.Ю. Экстренная психологическая помощь. Законы жанра // МПЖ. 2006. № 4). Этот пример подтверждает мнение, что психотерапия в наши дни превращается в «некую службу, реагирующую на изменение общественной ситуации, дестабилизацию смыслообразующих социальных и религиозных систем, нарастающую сложность мира и повседневной жизни» (Макаров В.В., Казаковцев Б.А. Психотерапия: новая наука о человеке. М., 1999). Необходимость психического преодоления трудностей современной жизни, меняющейся все быстрее и неожиданнее, – важнейшая характеристика современности, накладывающая свой отпечаток и на все помогающие психологические практики.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Т.В. Снегирева

Психологическое консультирование – профессиональная помощь клиенту в поиске разрешения его проблемной ситуации. П. к. можно определить также как специфические отношения между людьми, при которых возможен способ общения, позволяющий другому человеку изучать свои чувства, мысли и поведение, с тем чтобы прийти к более ясному пониманию самого себя, а затем открыть и использовать свои сильные стороны, опираясь на внутренние ресурсы. П. к. помогает клиенту впоследствии более эффективно распоряжаться своей жизнью посредством принятия правильных решений и совершения целенаправленных действий. В качестве клиентов П. к. могут выступать здоровые или больные люди (воспринимаемые консультантом как дееспособные субъекты, ответственные за решение своей проблемы), предъявляющие проблемы, например, экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений, профессионального выбора и др. Пользуясь терминологией трансактного анализа, П. к. проводится с позиции «взрослый – взрослый». К основным направлениям П. к. относятся: 1) проблемно-ориентированное консультирование (consulting), направленное на анализ сущности и внешних причин проблемы, на поиск путей их разрешения; 2) личностно-ориентированное консультирование (consulting), центрированное на анализе индивидуальных причин проблемы, генезе деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем; 3) решение-ориентированное консультирование

(solution talk), центрированное на выявлении ресурсов для решения проблемы.

Цели и задачи П. к.: эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента; расширение сознания и повышение психологической компетентности клиента; изменение отношения к проблеме; повышение стрессовой и кризисной толерантности; развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения; повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира и пр. Консультирование может быть индивидуальное и семейное (от консультанта требуется соблюдение нейтральности, независимость от различных семейных группировок), контактное и дистантное (с использованием технических средств связи, например телефон доверия).

Этапы проведения П. к. включают: а) установление консультантом психологического контакта с клиентом; б) предоставление клиенту возможности выговориться; в) предоставление клиенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации; г) совместная с клиентом переформулировка его проблемы; д) заключение контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности клиента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий клиента и пр.); е) формирование альтернатив решения проблемы; ж) выбор оптимального с точки зрения клиента решения; з) закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения; и) завершение консультирования с предоставлением клиенту права повторного обращения при необходимости либо назначение катамнестической, поддерживающей встречи. Консультирование может быть проведено в течение одной встречи (продолжающейся 2–3 часа) или в течение 2–5 встреч (по 1 часу с интервалами от одного дня до 2–3 недель).

Теория П. к. пытается ответить на следующие вопросы: 1) в чем суть процесса, возникающего между человеком, оказавшимся в трудной ситуации и обращающимся за помощью, — клиентом — и человеком, ее оказывающим, — консультантом; 2) каковы должны быть личностные черты, установки, знания и умения консультанта; 3) какие резервы, внутренние силы клиента могут быть актуализированы в процессе консультирования; 4) какие особенности налагает на процесс консультирования ситуация, сложившаяся в жизни клиента; 5) каковы те приемы или техника, которые могут быть сознательно использованы консультантом в процессе оказания помощи. П. к. базируется на социальной, клинической и дифференциальной психологии, психологии личности и тестологии. Выбор оснований для конкретной модели консультирования часто связан с более общей теоретической ориентацией: психоаналитической, адлерианской, личностно-центрированной, бихевиоральной, когнитивной и т. д.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Психотерапевт (греч. psyche — душа и therapeutes — ухаживающий) — подготовленный специалист: 1) умеющий диагностировать и лечить заболевания преимущественно психогенного происхождения; 2) осуществлять неврачебную психотерапию; 3) специалист, который практикует в области психотерапии. Целенаправленно применяя в качестве лечебного средства психологическое воздействие, П. в той или иной мере привносит в лечебный процесс своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентаций и психотерапевтических технологий. Термин «П.» может иметь юридическое определение; в некоторых странах правительственные органы и профессиональные советы по лицензированию признают за человеком с некоторым специальным образованием (традиционно — на базе высшего медицинского или психологического образования) право работать в качестве лицензированного П.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психотерапевтическая цель — мотивационный фактор психотерапии; осознание участниками психотерапии желательных для себя результатов после ее завершения. Психотерапевт, с одной стороны, должен представлять свою П. ц. в работе с конкретным клиентом (осознание целей психотерапевтического воздействия способствует отбору содержания, организации психотерапевтической помощи, выбору метода), с другой — ему нужно каждый раз убеждаться в наличии у клиента, с которым работает, «рабочей» мотивации, анализировать причи-

ны, побуждающие его проходить психотерапию. Совпадение или несовпадение П. ц. клиента и психотерапевта будет сказываться на эффективности психотерапевтического процесса. Стратегическая цель психотерапии (наряду с решением проблемы, с которой клиент обратился) — движение в направлении здоровья клиента (его физического, психического, психологического, социального и духовного благополучия).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психотерапевтический контракт — согласованный набор ожиданий в отношении процесса и результатов терапии, который вырабатывается совместно психотерапевтом и клиентом (пациентом).

В условиях платной психологической помощи для оптимального решения проблемы индивидуализации психотерапии возможно заключение П. к. или выработка «контрактной (договорной)» модели взаимоотношений «психотерапевт — клиент». П. к. позволяет структурировать и контролировать терапевтический процесс обоими его участниками. Это соглашение определяется и оформляется нередко уже в течение первой встречи, хотя может появиться и в неявной форме. В контракте можно оговорить степень подчинения клиента психотерапевту (какой объем ответственности за ход и результаты лечения каждый из них будет нести), характер эмоциональной дистанции между ними. Клиент обычно полагает, что заключение контракта гарантирует ему квалифицированную помощь, удобство и доступность (четкое расписание посещений), право прервать курс лечения и найти другого психотерапевта, и ожидает, что психотерапевт будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе своей работы. П. к. требует согласования с клиентом плана совместной работы, обсуждения и принятия общего понимания проблемы клиента, целей терапии, ее методов, частоты посещений, длительности и предполагаемых результатов лечения. Психотерапевт, исходя из своих возможностей, прогноза успешности терапии, приходит к решению, начинать ли ему работать с данным клиентом; он может предложить клиенту заключить контракт на 3–5 сессий, после которых при наличии взаимной удовлетворенности ходом работы контракт продлевается. Терапевт предъявляет клиенту требование сотрудничать в процессе терапии, выполнять соответствующие рекомендации, правила, задания. Поскольку некоторые клиенты могут прямо или косвенно заявить психотерапевту в конце терапии о несоответствии затраченных денежных средств ее результатам, вопросы оплаты, так же как и меру ответственности каждой из сторон за результаты терапии, следует оговаривать в П. к.

П. к. может быть рассмотрен и с позиций оценки его психотерапевтической полезности. В когнитивной сфере важно предоставление клиенту информации, необходимой для сознательного и активного его участия в терапии. Клиент нередко нуждается не только в конкретной помощи, но и в своеобразном дружеском отношении. Психотерапевт в процессе заключения и последующего обсуждения П. к. регулирует взаимоотношения таким образом, чтобы они были эмоционально теплыми, но не приобретали свойств симбиозного или фамильярного характера. Обсуждение и согласование с клиентом задач психотерапии позволяют влиять на его мотивацию к лечению.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Самораскрытие психотерапевта перед клиентом (self-disclosure) — раскрытие психотерапевтом своей личности перед клиентом. Прием описал в 1958 г. Джурард (Jourard S.M.). Вейнер (Weiner M.F., 1972) приводит классификацию типов самораскрытия: 1) чувства — эмоциональная реакция на конкретного пациента или событие; 2) аттитюды (к определенным явлениям) — повторяющиеся чувства в аналогичных ситуациях; 3) мнения — суждение о клиенте или явлении; 4) формулировки — обоснование суждения о пациенте в связи с его биографией; 5) ассоциации — мысли, возникшие в связи с обсуждаемым моментом; 6) фантазии — сложные формы ассоциаций; 7) пережитый опыт — обоснованная ассоциация, связанная с затронутой темой; 8) тело — мимика, жесты, телодвижения как невербальные типы самораскрытия; 9) собственная биография; 10) отношение к окружающим; 11) окружающие (люди) терапевта.

С. п. п. к. используется для углубления психологического контакта с клиентом. С помощью само-

раскрытия психотерапевт может успокоить, эмоционально поддержать, внушить, создать чувство взаимопонимания, предоставить клиенту модель собственного поведения для идентификации. Впрочем, чрезмерное увлечение самораскрытием мешает процессу психотерапии. Для оценки степени самораскрытия психотерапевта в конкретной ситуации разработаны специальные психодиагностические инструменты (например, опросник Джурарда, 1958).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Скрининг (отсеивание) — предположительная идентификация нераспознанного заболевания или дефекта путем проведения тестов, обследований или других легко используемых процедур (Комиссия США по хроническим заболеваниям, 1951).

Скрининговые тесты: а) позволяют выделить из среды кажущихся здоровыми людей тех, кто, вероятно, имеет заболевание, и тех, кто, вероятно, его не имеет; б) не предназначены для диагностики. Характеристики скринингового теста: правильность, предполагаемое число выявленных случаев, точность, воспроизводимость, чувствительность, специфичность, достоверность.

Инициатива в проведении С. обычно исходит от исследователя (лица или организации, которые оказывают медицинскую помощь), а не от пациента с жалобами. Обычно С.: а) нацелен на хронические болезни и на выявление заболевания, в отношении которого медицинская помощь человеку еще не оказывается; б) позволяет выявлять факторы риска, генетические предрасположенности и предвестники или ранние проявления заболевания. Лица с положительными или подозрительными результатами тестирования должны направляться к своим врачам для установления диагноза и назначения необходимого лечения.

Существуют разные типы медицинского С., каждый из которых имеет собственную направленность. Массовый скрининг (Mass S.) означает скрининг всего населения. Сложный или многомерный скрининг (Multiple or multiphasic S.) подразумевает использование различных скрининговых тестов одномоментно. Профилактический скрининг (Prescriptive S.) нацелен на раннее выявление у видимо здоровых людей болезней, контроль над которыми может быть более успешным в случае их выявления на ранней стадии; пример: маммография для выявления рака молочной железы.

▸ Эпидемиологический словарь / Под ред. Джона М. Ласта для международной эпидемиологической ассоциации. 4-е изд. М., 2009. С. 211; Guide to Clinical Preventive Services: Report of the US Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989 (http://www.ahrq.gov/clinic); *Wilson J.M.G., Jungner O.* The Principles and Practice of Screening for Diseases. Geneva: WHO, 1968

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Сопротивление — в психоанализе З. Фрейда феномен силы, механизм, процессы и результат, препятствующие осознанию информации посредством противодействия переходу воспоминаний, представлений, желаний, симптомов и т. д. из бессознательного в сознание. С. проявляется преимущественно в следующих формах: а) неосознаваемого противодействия людей обыденному осознанию вытесненного (вытесненных в бессознательное сексуальных и агрессивных влечений, различных импульсов и пр.); б) неосознаваемого противоборства пациента психоаналитику (психотерапевту, врачу); в) неосознаваемого противоборства выздоровлению. Понятием С. З. Фрейд обозначил не только противодействие психоанализу, но и установку на отторжение открытых им бессознательных сексуальных и агрессивных влечений, желаний и т. д.

З. Фрейд выделял пять основных разновидностей С., исходящих от трех инстанций: Оно (Ид), Я (Эго) и Сверх-Я (СуперЭго), среди которых три сопротивления Я (Эго): 1) С. вытеснения; 2) С. трансфера («трансферное сопротивление» — в формах переноса на психотерапевта эротических или агрессивных импульсов); 3) С., исходящее из выгоды от болезни (в том числе вторичной); 4) С. Оно (Ид), или С. бессознательного; 5) С. Сверх-Я (СуперЭго) — проявляется в бессознательном чувстве вины и потребности в наказании. В психотерапевтической (психоаналитической) практике в роли объективных признаков наличия С. принимают: а) уклонение мыслей пациентов от обсуждаемой темы; б) необъяснимость ассоциативных мыслей пациента. Наличие С. считается признаком психического конфликта.

Открытие С. сыграло значительную роль в создании психоанализа. Сам З. Фрейд считал, что пси-

хоаналитическая теория, собственно, построена на признании С., которое оказывает пациент при попытке сделать сознательным его бессознательное. Существенный вклад в развитие представлений о С. внесли К. Абрахам, Г. Гартман, Е. Гловер, Р. Гринсон, Э. Дейч, В. Райх, О. Феникель, А. Фрейд и др. Оригинальный подход к группировке форм С. предложила Э. Дейч; согласно ее версии (1939), все формы С. могут быть представлены в виде триады: 1) интеллектуальные/«интеллектуализирующие» С.; 2) сопротивления-трансферы (сопротивления-переносы); 3) С., возникающие вследствие потребности пациента защитить себя (главным образом от воспоминаний о событиях, пережитых им в детстве).

В современном психоанализе основные разновидности С. описаны более подробно. В действующей ныне систематике сопротивлений Дж. Сандлера, К. Дэра и А. Холдера выделяются десять основных разновидностей С., пять из которых дополняют описанные З. Фрейдом. К ним относят: 1) С., возникающее в результате неадекватных действий психоаналитика (в том числе ошибочно выбранных приемов лечения); 2) С., связанное с усложнениями отношений пациента со значимыми для него людьми (возникающее вследствие изменения его психики и поведения в результате лечения); 3) С., связанное с угрозой изменения самооценки пациента (в ходе и итоге психоанализа); 4) С. необходимости отказа от привычных способов адаптации (в том числе невротических симптомов); 5) С., связанное с определенным типом и фиксированными чертами характера (которые сохраняются пациентом даже после исчезновения конфликтов, породивших эти черты).

В современном психоанализе проблема С. считается одной из важнейших и активно разрабатывается многими теоретиками и практиками.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Статистические методы обработки данных психологического исследования (обследования) в здравоохранении — совокупность методов количественного изучения и математического анализа состояния и (или) поведения объектов и систем, относящихся к медицине и здравоохранению.

Современный уровень развития научного знания предъявляет высокие требования к организации доказательной базы в медицине. Использование математико-статистических методов обработки лабораторных и клинических данных позволяет решить следующие наиболее часто встречающиеся исследовательские задачи:

а) описательная статистика данных — описание свойств объектов, получаемое с помощью методов математической статистики, как правило, не содержащее какой-либо информации или гипотезы о внутренней структуре реального объекта и опирающееся только на результаты инструментальных измерений, психодиагностики, которые в исследованиях подразделяются на количественные (в медицине это, например, вес, рост, единицы гемоглобина), порядковые (ранговые, например, в медицине это интенсивность кашля: слабая, сильная, очень сильная) и качественные (не поддающиеся ранжированию, например цвет глаз: карий, серый, голубой). В зависимости от того, в какой из приведенных шкал представлены исходные данные, общее описание свойств объектов может предъявляться либо традиционно в процентах, либо в статистических терминах: среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD) при наличии нормального распределения данных или медиана (med) и квартили (25 %, 75 %) при отсутствии нормального распределения (Наследов А.Д., 2012);

б) оценка достоверности частоты встречаемости определенного номинативного признака — процесс сравнения эмпирического распределения с равномерным распределением данных. Используются статистические критерии c^2 или λ Колмогорова—Смирнова. Например, перед исследователем стоит задача оценить, насколько часто встречаются больные, состоящие в браке, по сравнению с разведенными и никогда не состоявшими в браке в обследованной группе пациентов с депрессией. Вывод о достоверном преобладании частоты встречаемости того или иного признака делается при достижении уровня статистической достоверности $p \le 0{,}05$;

в) анализ значимости различий в пропорциональном соотношении бинарного признака в исследуемых группах — используется статистический критерий Фишера. В качестве статистической задачи может выступать, например, задача по проверке соответствия контрольной и экспериментальной групп с точки зрения пропорциональной представленности мужчин и женщин. Группы считаются

идентичными при уровне статистической достоверности $p > 0{,}05$;

г) анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого количественного признака для двух и более независимых групп – в случае отсутствия нормального распределения данных используется непараметрический критерий Манна–Уитни (для двух групп) или критерий Крускала–Уоллиса (для трех и более групп); в случае нормального распределения данных – параметрический Т-критерий Стьюдента. Пример формулировки статистической задачи: проверка соответствия контрольной и экспериментальной групп с точки зрения возраста пациентов;

д) анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для двух и более зависимых выборок – используется непараметрический Т-критерий Вилкоксона в случае отсутствия нормального распределения или параметрический Т-критерий при нормальном распределении. Данный анализ реализует статистическую гипотезу о достоверности сдвига в уровне выраженности количественного признака в результате экспериментального воздействия, например об изменении уровня тревожности в результате психотерапевтического лечения;

е) корреляционный анализ связи двух рядов количественных переменных – используется коэффициент корреляции Спирмена в случае отсутствия нормального распределения данных или коэффициент корреляции Пирсона при нормальном распределении. Наличие линейной связи между анализируемыми переменными констатируется в случае достижения уровня статистической достоверности $p \leq 0{,}05$; при этом отрицательное значение коэффициента корреляции свидетельствует о противоположной направленности связи: чем больше одно, тем меньше другое; положительное значение – об однонаправленности синхронных изменений: чем больше одно, тем больше другое. Например, выявленная отрицательная связь уровня личностной тревожности и качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет сделать вывод о том, что чем выше уровень личностной тревожности, тем хуже качество жизни обследованных больных;

ж) многомерные методы анализа данных (факторный и кластерный) – методы компактного представления данных; в случае факторного анализа речь идет о построении матрицы интеркорреляций исходных данных с введением неких обобщенных индикаторов (факторов); кластерный анализ (иерархический или по методу К средних) позволяет сжать информацию за счет группировки объектов, обладающих сходными свойствами.

В целях оптимизации математико-статистической обработки и анализа данных в настоящее время активно используется программное обеспечение в виде пакетов статистических программ: SPSS, Statistica, BioStat.

▸ *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие / А.Д. Наследов. СПб.: Речь, 2012. 392 с.

А.В. Котельникова, А.А. Кукшина

Стратегические «мишени» профессиональной деятельности клинического психолога при психологическом вмешательстве – психические «объекты», на которые направлены воздействия психолога в процессе его работы с клиентом.

Клинический психолог имеет дело с трудностями адаптации своих клиентов. Причины дезадаптации могут быть связаны с физическим (врожденные или вымышленные телесные дефекты, хроническое заболевание, последствия травмы или хирургического вмешательства и пр.), социальным (развод, потеря работы, смена профессии, переезд на новое место жительства и пр.), психическим (эмоциональное выгорание, ригидность, нежелание менять привычные модели поведения, страх что-то менять в своей жизни, расти, обида или гнев на кого-то, состояние стыда и др.) и духовным (потеря смысла жизни, обесценивание привычных жизненных целей, изменения в системе ценностей и пр.) состоянием.

Отвечая на вызовы жизни в разных ее сферах, человеку приходится адаптироваться к происходящим изменениям в организме, в сфере внутренней психической жизни, в материальном положении, в своем социальном статусе и пр. Эта адаптация достигается за счет переструктурирования своей психической реальности, изменений в мотивационной сфере, ценностных ориентациях, целях, за счет модификации своего поведения, смены мыслительных и поведенческих стереотипов, социальных ролей, коррекции Я-образа и пр. В процессе

адаптации к изменениям в жизни человек осваивает новые функции (профессиональные, домашние, общественные и др.). Адаптивное поведение — это полезное поведение, помогающее приспособлению; в повседневной жизни оно рассматривается как разумное, нормальное. Неадаптивные модели поведения взаимосвязаны с психическим дистрессом.

В процессе приспособления к динамичной, постоянно меняющейся жизни человеку приходится компенсировать потерю тех или иных своих возможностей (физических, социальных и др.) для поддержания привычных для себя функций. Компенсация — это восполнение, возмещение, уравновешивание. З. Фрейд считал, что компенсацию индивид использует, чтобы восполнить нехватку чего-либо. В теории Адлера компенсация рассматривалась как основной механизм, с помощью которого человек преодолевает чувство неполноценности. В сложной для себя ситуации человек постоянно ищет ресурсы для сохранения важных для себя функций, компенсируя за счет их нарушенные механизмы функционирования, поддерживая стабильность своей психики, личности, эго.

Однако у личности есть возможность не только приспосабливаться к жизни благодаря механизмам адаптации и компенсации, но и защищаться от нее, например сознательно приспосабливать жизнь к себе, делая ее более стабильной, «подстраивать под себя» (осознанная социальная практика — одна из важнейших характеристик деятельности личности, ее ресурс сохранения своего психического благополучия в изменяющемся мире). Воплощаясь во вне, производя личностные вклады в людей, предметы, живую и неживую природу, человек стремится изменить мир вещей и людей, сохраняя при этом свою индивидуальность в неизменности (Менделевич В.Д., 2001). В ситуации угрозы личность включает динамический комплекс защитно-приспособительных механизмов (уже ставший привычным или вырабатывает новый комплекс): а) специфические поведенческие программы (как социально приемлемые, так и нарушающие установившиеся нормы; индивид может перейти на стереотипное поведение, сформировать у себя зависимости и пр.); б) разнообразные механизмы интрапсихической защиты. В клинической психологии психологическая защита — это любая реакция, любое поведение, устраняющее психологический дискомфорт, ограждающее сферы сознания от негативных, травмирующих переживаний. В задачи психолога входит оказание помощи клиенту в поиске продуктивных защит.

Однако у клиента могут быть проблемы, связанные не только с его дезадаптацией, но и с самореализацией (реализацией собственного потенциала). Особенности психического состояния клиента, стоящие перед ним в случае заболевания физические, социальные, психологические, духовные задачи, связанные с поддержанием привычного качества жизни, создают дополнительные психологические, временные нагрузки (необходимость беседовать с пациентом, выслушивать его, наблюдать за его эмоциональным состоянием и пр.) на медицинских работников, делают необходимым участие профессионального психолога как в реабилитационном, так и лечебном процессе, его вхождение в состав медицинской бригады.

Девиантное поведение клиента в контексте данного рассмотрения может сигнализировать и о дезадаптации (чрезмерно быстрый личностный рост в процессе тренинговых занятий нередко приводит к временной потере самоидентичности и, как следствие этого, к девиантному поведению), и о непродуктивной компенсации (например, на начальных этапах приобщения студента к курению оно может использоваться как компенсация недостаточной для его новой среды техники общения), и о неуспешной (иногда социально неприемлемой) защите (например, попытка заставить окружающих действовать в соответствии со своими ожиданиями, борьба с ними из-за того, что они что-то делают «не так», как ожидаешь). Клинический психолог оказывает помощь своему клиенту на пути его адаптивного самоизменения, в нахождении в случае необходимости ресурсов компенсации им своих потерь без обращения к девиантным формам поведения. Один из продуктивных приемов защиты — успешная социальная практика, направленная на изменение среды (биологической и социальной) обитания (разработка новых законов, правил, традиций, развитие науки и техники для облегчения своей жизни, нахождение приятных для себя людей и поддержание дружбы с ними и др.) и предотвращение развития в ней неблагоприятных для человека тенденций. Однако и на пути социальной практики (и связанного с ней творчества) человеку нередко требуется

помощь клинического психолога в нахождении психологических ресурсов для нее, ему может потребоваться социальная поддержка.

Физическое благополучие (соматическое здоровье) поддерживается благодаря механизму гомеостаза; имеются четкие параметры функционирования различных систем и организма в целом, на поддержание которых и направлены его приспособительные реакции. Именно эти параметры являются целевой функцией саморегуляции организма, на их поддержание направлена медицинская практика. Для описания психологического благополучия чаще используются следующие индикаторы (Jahoda M., 1958): положительный аттитюд к «Я», оптимальное развитие, рост и самоактуализация личности; психологическая интеграция; личностная автономия; реалистическое восприятие окружения; умение адекватно воздействовать на окружение. Эти индикаторы можно рассматривать как общую целевую функцию психологической помощи клиенту с любым его запросом, с любым актуальным конфликтом, проблемой.

«Человеческий капитал» — это имеющийся у каждого индивида «запас» физического здоровья, знаний, умений, навыков (Шульц Т., 1979), смысловых ориентаций, отношений к себе и другим. Величина человеческого капитала определяет устойчивость индивида в этом мире.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Супервизия (лат. super — сверху, над и visio — видение) — один из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии; форма консультирования психотерапевта в ходе его работы с более опытным, специально подготовленным коллегой (супервизором), позволяющая психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свое профессиональное поведение. С. не решает задачи психотерапии самого обучающегося психотерапевта; она направлена на психотерапевтический процесс этого психотерапевта с клиентом и имеет своей целью развитие его знаний, навыков и умений, способствующих совершенствованию его деятельности. Супервизор может присутствовать на групповом занятии или на индивидуальной терапевтической сессии, но обычно он располагается за специальным экраном либо использует для анализа и последующего обсуждения аудио- и видеозаписи психотерапевтического процесса. Материалом для консультирования в процессе С. обычно являются: 1) проблемы самопонимания и самовосприятия (собственные личностные особенности и способы поведения и реагирования и их влияние на профессиональную деятельность, отношение к себе в профессиональной деятельности); 2) теоретические знания и профессиональные действия (осознание того, какие теоретические, практические и личностные установки и особенности определяют позицию психотерапевта в его профессиональной деятельности, почему используются или не используются те или иные теоретические и методические подходы); 3) взаимоотношения с другими людьми (прежде всего с участниками С.); 4) формальные и организационные вопросы психотерапевтической практики (место психотерапии в системе лечения, взаимоотношения с коллегами и вышестоящими лицами); 5) отношения с клиентом (проблемы обособления, изоляции, зависимости, переноса и ряд других характерных для супервизируемого аспектов профессиональной деятельности).

С. может осуществляться в индивидуальной и групповой формах. Индивидуальная С. предполагает работу с одним супервизируемым. При этом, однако, существует опасность возникновения зависимости супервизируемого от супервизора, что предъявляет к последнему определенные требования в плане следования конкретным задачам. Групповая С. предполагает работу одного супервизора одновременно с несколькими супервизируемыми (обычно 4–7 человек). Вариантом групповой С. является работа в так называемых неструктурированных группах, в которых супервизируемые попеременно выступают в роли супервизора. Такие взаимные консультации в кругу коллег предполагают достаточный опыт практической работы и высокую степень самоконтроля ее участников. В ряде стран существует система подготовки С. в специальных школах, а также система подготовки С. второго порядка (С. для супервизоров).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Трансфер (лат. transferre — переносить, перевозить) — перенос на психотерапевта эмоциональ-

ного отношения клиента к значимым для него людям (отцу, матери и др.).

Термин впервые стал применяться в психоанализе. З. Фрейд рассматривал Т. как феномен переноса, присущий любым человеческим отношениям в обыденной жизни. Первоначальные источники реакций переноса – значимые люди ранних лет жизни ребенка. Реакции переноса в последующей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, ранее принадлежавшие родителям. По З.Фрейду, Т. происходит из эротических источников и, как правило, сексуально окрашен. По Э. Фромму, содержание переноса обычно восходит к инфантильным образам.

Различается Т.: а) позитивный – перенос чувств любви, уважения, доверия, привязанности и пр.; б) негативный – перенос чувства страха, ненависти, отвращения и пр. На психотерапевтическом приеме эти чувства могут спонтанно возникать у клиента при отсутствии в поведении психотерапевта объективных причин для этого. Т. действует тем сильней, чем меньше о нем догадываются. Пациент переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враждебностью чувств. Психотерапевт может осознанно использовать трансферные реакции своего клиента в процессе терапевтической сессии; Т. в этом случае выступает как способ, с помощью которого клиент вспоминает то, что забыл, что является неосознанным источником его психических страданий.

З. Фрейд использовал также термин «невроз переноса», чтобы описать совокупность реакций переноса, когда анализ и сам психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, при этом его невротический конфликт вновь оживает в психоаналитической ситуации. Такое исключительное значение Т. имеет при истерии, неврозе страха и неврозе навязчивых состояний, объединяемых под названием «невроз переноса». По З. Фрейду, излечение от невроза переноса приводит к излечению действительного невроза, благодаря тому, что Т. моделирует характерные для клиента невротические ситуации. Однако J.B. Furst (1957) считал, что Т. не является зеркалом, отражающим все стоящие перед клиентом проблемы и его отношения с окружающей действительностью.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Управление общением (в психотерапии) – воздействие психотерапевта на процесс общения с клиентом (терапевтической группой) с учетом терапевтической цели, состояния клиента (группы), которое приближает процесс терапевтического общения к решению задач, значимых для его участников.

Клинический психолог, оказывая помощь своему клиенту, использует адекватные запросу клиента профессиональные коммуникативные умения, психотерапевтические, консультационные, диагностические технологии, помогает ему справиться с его жизненными проблемами. То, как при этом будут складываться взаимоотношения между психологом и клиентом, зависит от их мотивации, целей, особенностей социальной перцепции, применяемых коммуникативных действий, адекватности оценки результатов своего общения. Условно можно выделить три взаимосвязанные сферы терапевтического общения, требующие внимания клинического психолога, его умения управлять процессами в них: а) непосредственно профессиональная работа с клиентом в зависимости от заявленной им проблемы; б) свои внутренние психические процессы и состояния, включенные в межличностное взаимодействие с клиентом (мотивы, цели, особенности социальной перцепции, эмоциональные реакции и общее состояние, применяемые вербальные и невербальные средства общения и пр.); в) складывающиеся межличностные взаимоотношения с клиентом, уровень возникшего взаимодоверия. Эти сферы внимания психолога взаимосвязаны и влияют на эффективность его профессиональной деятельности, т. к. он работает и посредством своей личности (понятие «психотерапевтическая личность»), и посредством тех отношений, которые создает с клиентом (понятие «терапевтические отношения»).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

«Целитель раненый» (архетип лечебной деятельности) – согласно А. Гуггенбюль-Крейгу (1997), можно признать архетипом деятельности врача. «Архетипический» подход в психологии, ведущий свою родословную от К.Г. Юнга, к настоящему времени, прежде всего в работах Дж. Хиллмана, развился в самостоятельное направление; архетипы узнаваемы во внешних поведенческих проявлениях, в

особенности в таких, что связаны с основными жизненными универсальными ситуациями: рождением, браком, материнством, смертью или разводом; теоретически возможно любое число архетипов, отмечает автор.

Профессиональная (социальная, продуктивная) деятельность человека, особенно в части наиболее распространенных профессий, не может не иметь архетипической подоплеки (профессиональная деятельность вызывает интерес современников, которые часто дают ей меткие, образные характеристики, фиксируемые, в свою очередь, культурой). Важно подчеркнуть, что архетипы, по определению, полярны, «сотканы из противоречий», что отражает «диалектику жизни» (так, например, суфийская пословица гласит: «Тени рождаются в полдень»).

Для обсуждения проблем профессионализации врача А. Гуггенбюль-Крейг вводит архетип «раненого целителя» (отталкиваясь от образа кентавра Хирона, учителя и покровителя медицины в Древней Греции Асклепия — в латинской транскрипции Эскулапа; важно, что сам Хирон страдал от незаживаемой раны). Медиков привлекают архетипические противоположности здоровья и болезни. К сожалению, не все из тех, кто становится клиническими психологами, врачами, в состоянии длительное время переносить сосуществование в себе этих двух полюсов архетипа: целителя и больного. Иллюстрацией сказанному могут служить студенты медицинского факультета, которые в период своего обучения переживают стадию страха перед перспективой заболеть всеми изученными ими болезнями. Данный психологический феномен зачастую понимается как невротический; бывалые врачи смеются над мнительными студентами и с благодушием вспоминают, как сами переживали подобное. Тем не менее именно так называемая невротическая стадия обучения студентов медицинского факультета оказывается для последних своего рода распутьем и ставит их перед внутренним выбором; они начинают понимать, что все изучаемые болезни возможны и у них, поскольку врач тоже человек. Тем самым студенты начинают осознавать себя, по сути, «ранеными целителями». Эта ноша для них может быть невыносима, и они вытесняют полюс болезни; но могут и интегрировать его, найдя в себе силы, необходимые для того, чтобы ощутить собственную уязвимость и стать истинными «ранеными целителями».

Если же, по А. Гуггенбюль-Крейгу, происходит «расщепление» архетипа и «целитель» теряет контакт с «раненой» частью своей ипостаси (избегая тем самым страдания, дискомфорта, что многими врачами трактуется чуть ли не как цель медицины — «избавить от страданий»), то, присвоив себе только полюс «целителя», врач передает полюс «больного» («пациента», лат. patientis — страдающий) обратившемуся за медицинской помощью. Такая стратегия ведет к трансформации архетипа из внутреннего состояния во внешнюю форму отношений между двумя участниками лечебного процесса: один участник (полюс) всегда принципиально здоров, второй — всегда принципиально болен и не может, «по определению», стать здоровым (т. к. это влечет за собой признание второго полюса архетипа у самого врача, а соединение указанных противоречивых положений порождает страдание, которое врач блокирует). Подчеркнем, что объективно имеются достаточно сильные ситуационные влияния к выбору именно такого способа распределения ролей. К сожалению, инфантилизированные пациенты часто провоцируют этот процесс, отказывая себе в возможности активно сопротивляться заболеванию (т. е. находить в самом себе функции «целителя»). Врач же (расщепляя архетип) начинает испытывать абсолютное превосходство над больным, одновременно лишая себя возможности взаимодействия с ним по ходу лечения. Отсюда следует и поддерживаемый рядом врачей-практиков псевдологический вывод о невозможности объяснить пациенту характер лечебных процедур, за этим следует сокрытие диагноза, засекречивание медицинской документации и т. п. По мнению А. Гуггенбюль-Крейга (психотерапевта, специалиста по консультированию лиц помогающих профессий), освоение архетипа «раненого целителя» — необходимый элемент профилактики профессиональной деформации как клинического психолога, так и врача. Присвоение психологом, врачом архетипа (противоречивость ситуации: профессиональная подготовка, с одной стороны, и болезненная собственная человеческая природа — с другой) создает надежную основу для выстраивания терапевтического альянса с пациентом (у которого, в свою очередь, с одной стороны,

превалирует болезненная человеческая природа, с другой — постоянно проводится работа «внутреннего доктора», по выражению А. Швейцера).

▸ *Гуггенбюль-Крейг А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине / Пер. с нем. СПб.: Б. С. К., 1997; *Сэджвик Д.* Раненый целитель. Контрперенос в практике юнгианского анализа / Пер. с англ. М.: Добросвет; КДУ, 2002

В.А. Урываев

Этические принципы работы клинического психолога в научно-исследовательской, педагогической и клинико-практической сферах деятельности — совокупность норм и правил, которые определяют специфику деятельности клинического психолога в сфере научных исследований и преподавания, а также клинико-практической работы. Э. п. р. к. п. во многом основаны на нормах морали (гуманизм, уважение, следование профессиональному долгу и др.), права (равенство перед законом, отказ от вмешательства в жизнь человека против его воли и пр.) и необходимых требованиях к квалификации. Нормой профессиональной деятельности психолога является использование: а) безопасных для людей методов организации и проведения научно-исследовательской работы, хранения полученных данных; б) допустимых с этической точки зрения способов педагогического воздействия в области клинической психологии; в) методов клинико-практической работы, допустимых с точки зрения имеющейся у психолога квалификации.

При научно-исследовательской работе клинический психолог должен исходить в первую очередь из интересов психологической науки, ориентироваться на обогащение психологических знаний и возможность использования полученных результатов на практике. Выступая в качестве ученого, клинический психолог должен уметь разработать программу исследования интересующего его феномена так, чтобы выбранные методы были не только надежными и валидными, но и не могли причинить вред людям, участвующим в исследовании. Также необходимо информированное и добровольное согласие каждого испытуемого на участие в исследовании и полное информирование его о целях, процедуре клинико-психологического и (или) экспериментально-психологического исследования и возможных рисках. В научно-исследовательской работе клинический психолог ответственен за свои действия в процессе сбора и обработки данных, а также за последствия результатов исследования для себя самого, испытуемых, общества и психологической науки.

Важным требованием к научно-исследовательской работе является компетентность специалиста: для осуществления разного рода исследовательских процедур, для получения новых данных психолог должен обладать достаточными для этого знаниями, умениями и навыками. Это позволяет одновременно и получить максимально достоверные научные результаты, и предотвратить возможное негативное влияние на испытуемых.

В области педагогической работы клинический психолог решает ряд серьезных практических задач, также предполагающих соблюдение этических норм. Эта деятельность требует от психолога готовности проявлять максимальную лояльность и терпимость по отношению к клиентам, уважение их прав и жизненных принципов, а также оказывать помощь в поиске ресурсов, необходимых для преодоления проблемы и достижения ими необходимой социальной адаптации.

Клинико-практическая деятельность включает диагностическую и коррекционную работу с разными группами населения, с необходимостью соблюдать ряд этических норм и правил. Для этой сферы деятельности от клинического психолога требуется высокий уровень квалификации и наличие необходимого опыта, понимание границ своей компетентности, своих возможностей как профессионала, видение собственных сильных и слабых сторон, что позволяет оказать необходимое психологическое воздействие, уместное для конкретного случая. Кроме того, квалифицированный клинический психолог должен быть готов отказаться от работы со случаем, выходящим за пределы его квалификации, и передать работу тому из коллег, кто способен с ней справиться.

Научно-исследовательская, педагогическая и клинико-практическая сферы деятельности психолога предполагают сознательное и ответственное отношение к своей работе, знание существующей нормативно-правовой базы и принятых этических стандартов. В перечисленных областях такой базой могут выступать этические принципы проведения исследований с участием людей, которые были раз-

работаны и предложены Американской психологической ассоциацией в 1973 г., а также Этический кодекс психолога, принятый Российским психологическим обществом и действующий в настоящее время на территории РФ.

▸ *Дружинин В.Н.* Экспериментальная психология: учеб. пособие. М.: ИНФРА-М, 1997; Практикум по общей и экспериментальной психологии / Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. 2-е изд. СПб., Москва, Харьков, Минск, 2000; Этический кодекс психолога [Электронный ресурс]. URL: http://psyrus.ru/doc/ethics.pdf (дата обращения: 09.09.2014)

В.И. Шелест

Эффективности психотерапии оценка — выявление с помощью специальных методов конкретных результатов психотерапии, обеспечивающих улучшение состояния клиента. Чтобы оценить эффективность психотерапии, требуется, прежде всего, четко определить метод (технологию), с помощью которого она осуществляется.

Использование любого психотерапевтического метода предполагает соответствующую квалификацию психотерапевта. Число клиентов, к которым применялся данный метод, должно быть статистически значимым, а выборка — представительной и гомогенной (по определенным параметрам, обговоренным заранее), сформированной методом случайной выборки. К качественной Э. п. о. должен привлекаться и независимый наблюдатель, эксперт (не только тот, кто сам проводит психотерапию); важно, чтобы он не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы исключить влияние на оценку эффективности типа поведения пациента во время психотерапии и др. Необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов психотерапевтической работы. Число повторно обследованных клиентов в катамнезе должно быть репрезентативным по отношению ко всему контингенту прошедших терапию; таких клиентов должно быть не менее 90 % от общего их числа. При этом оценка должна исходить не только от психотерапевта, от независимого оценщика (так называемые объективные данные), но и от самого клиента (субъективные показатели). Необходимо учитывать особенности жизни клиента после завершения психотерапии (возможны влияния на результат терапии ближайшего окружения клиента). Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа клиентов (изменения в состоянии клиентов, прошедших психотерапию, возможно, могли бы с течением времени произойти и без нее). Должны быть учтены те цели и задачи, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода (цели самым непосредственным образом связаны не только с состоянием клиента, но и с теоретической концепцией, на которую ориентируется психотерапевт).

В настоящий период недостаточно четко определены критерии эффективности психотерапии, недостаточно обоснован выбор учитываемых переменных. Критерии эффективности психотерапии должны достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации клиента с учетом трех сфер рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической; 2) психической; 3) социальной. Методы исследования эффективности психотерапии должны давать возможность получения численных показателей рассматриваемых критериев, регистрации изменений, происходящих в процессе лечения, по каждому из них, статистического анализа полученных с их помощью результатов.

Метаанализ — количественный метод анализа эффективности различных видов психотерапии путем стандартизации их результатов, позволяющий судить о масштабе общего эффекта. Эта статистическая процедура позволяет объединять результаты различных исследований с целью выявления их общих тенденций. Метаанализ результатов исследования эффективности психотерапии (анализировались 897 публикаций и самые важные неопубликованные исследования по психотерапии до 1993 г.; чаще изучалась эффективность когнитивно-поведенческих методов, методов релаксации, аутогенной тренировки, медитации, комплексных подходов), предпринятый К. Граве (1994), проводился по следующим параметрам: а) глобальная оценка успеха; б) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика; в) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп; г) остальные параметры самочувствия; д) изменения в личности, способностях; е) изменения

в межличностных отношениях; ж) изменения в использовании свободного времени; з) изменения в работе или профессии; и) изменения в сексуальной сфере; к) изменения по психофизиологическим параметрам.

В некоторых школах психотерапии вопросы ее эффективности практически не поднимаются или сводятся к интуитивному ощущению эффективности самим психотерапевтом. В других направлениях критерии эффективности описываются более или менее операционально. Например, в поведенческой психотерапии главным критерием ее эффективности является уменьшение симптоматики. В динамически ориентированном направлении психотерапии эффективность связывается с личностными изменениями клиента, со снижением его внутреннего напряжения, связанного с интрапсихическими проблемами, и с нормализацией нарушенного социального функционирования (прорыв в психотерапевтической работе — внезапный прогрессивный шаг в изменении установок, поведения, самовосприятия и пр. клиента после длительного периода отсутствия какого-либо прогресса). При лицензировании европейских психотерапевтических центров в последние годы предпринята попытка стандартизированной оценки эффективности их работы.

Прогресс в развитии психотерапии связывается с созданием все более совершенных психотерапевтических теорий и результативных методов. Однако не только эффективность, но и социальный заказ общества, обусловленный основными тенденциями развития, влияет на развитие психотерапии и на естественный отбор ее методов. На развитие методов влияет и внедрение в психотерапевтический процесс новейших технических средств (видеотехника, видеокомпьютеры).

Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в использовании эффективных методов (подтвержденных в рамках доказательной медицины, психотерапии), но и в выявлении и изучении общих факторов психотерапии, свойственных различным ее формам и методам (Дж. Франк идентифицировал четыре общих фактора: а) глубокие, доверительные отношения с оказывающим помощь; б) исцеляющая обстановка; в) разумное объяснение; г) набор предписанных приемов воздействия или ритуалов для облегчения трудностей). Так, констатирована примерно равная эффективность лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты могут иметь значительные расхождения) независимо от форм психотерапии. В настоящее время делается все больший акцент на существенной роли взаимоотношений «психотерапевт — клиент» при любых методах психотерапии. Эмпирически показано, что наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества клиента (в частности, мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные качества психотерапевта («лечит не метод, а специалист, человек») и лишь на третьем — использование определенных психотерапевтических методов (Бейтман Б., 1989).

Лечебно-этиологическая ошибка (греч. aitia — причина и logos — понятие, учение) — логическая ошибка, состоящая в умозаключении, что успех данного лечения указывает на причину нарушения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

3.2. Психологическое вмешательство (виды, направления, технологии, методы, приемы, контекст, эффекты)

Аверсивная психотерапия (анг. aversion — отвращение) — вид поведенческой психотерапии, основанный на образовании связи между нежелательным поведением и субъективно неприятным переживанием. Первый опыт применения А. п. в клинических целях был в России в 20-х гг. XX века (Канторович Н.В., Случевский И.Ф., Фрикен А.А.). На Западе она стала использоваться с 1935 г., когда гомосексуально ориентированные пациенты лечились с использованием электрошока.

Процедура А. п. заключается в том, что раздражители, вызывающие у пациента крайне неприятные, но не опасные для его жизни ощущения (электрошок, боль, ужас, фрустрация потребностей), предъявляются во временной близости с такими раздражителями (например, алкоголь и его сенсорные признаки), которые провоцируют неприемлемое поведение, которое требуется затормозить. В соответствии со схемой классического обусловливания стимул, запускающий нежелательное поведение, связывается с аверсивным раздражителем и насыщается из-за этого негативными аффектами. В настоящее время все больше используется символическое аверсивное обусловливание, когда раздражитель неприемлемого поведения связывается с негативными идеальными представлениями (представлениями о болезни, о социальной изоляции и пр.). В том случае, когда используется схема оперантного обусловливания, аверсивный раздражитель связывается не со стимулом, а с реакцией, например при энурезе или поведении самоповреждения. Наиболее часто А. п. применяется при лечении алкоголизма, табакокурения, сексуальных нарушений (здесь, как правило, нежелательное поведение презентируется в видеофильмах). Данный метод часто вызывает критику в силу своего несоответствия этическим нормам и трудностей его контроля.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Активный анализ — психотерапевтический метод, разработанный В. Штекелем и Ш. Ференци и объединяющий элементы психоанализа (прежде всего метод свободных ассоциаций) и других психотерапевтических методик. В частности, в этом методе большое место занимает рациональная психотерапия, которая в большей степени ориентирована на актуальные проблемы текущих обстоятельств жизни пациента, а не на ранний детский опыт, как в психоанализе. Проведение А. а. предполагает также использование различных суггестивных приемов, требующих от психотерапевта достаточно высокого уровня подготовки. Из-за высоких требований к психотерапевту и из-за недостаточной разработанности процедуры проведения данный метод не получил значительного распространения. Свое название А. а. получил ради противопоставления «пассивному анализу», под которым В. Штекель понимал психоанализ.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Альфа-тренинг — психотерапевтический прием, основанный на биологической обратной связи и заключающийся в обучении (по схеме инструментального обусловливания) регулировке таких психофизиологических процессов, которые раньше считались недоступными контролю со стороны сознания. Первоначально обратная связь обеспечивалась за счет регистрации альфа-волн мозговой активности в области затылка, свидетельствующих о степени бодрствования и расслабления, и преобразования их в звуковые или визуальные сигналы, которые предъявлялись пациенту. При этом перед пациентом ставилась задача добиться уменьшения частоты сигналов, используя для этого различные средства (расслабление мышц, гармонизация дыхания, фиксирование обычно трудноуловимых соматических ощущений). Сопоставление внутренних ощущений с внешними сигналами, которые выступали в качестве средства их осознания, приводило к их дифференцировке и, соответственно, к овладению возможностью их сознательного контроля уже вне особых условий использования электрических усилителей.

В настоящее время этот прием нашел широкое распространение в терапевтических программах по устранению мигрени, восстановлению сердечной деятельности, избавлению от страхов и навязчивостей. Используется приборное отведение сигналов не только от головного мозга, но и от других органов (сосудистая система и сердце, мышцы и пр.). Кроме того, А.-т. применяется как элемент медитативных техник, в которых ставится цель достижения глубокого расслабления и вхождения в особые состояния сознания, связанные с замедлением частоты электрической деятельности мозга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Антиаддиктивное профилактическое вмешательство (греч. anti — приставка, англ. addicted — зависимый

от чего-либо, греч. prophylaktikos – предохранительный) – мероприятие, нацеленное на формирование антиаддиктивных профилактических компетенций у профилактируемых, способствующих росту внутреннего противостояния агентам зависимости, снижению риска вовлечения в зависимое поведение, в первую очередь в химическую зависимость (Аршавина В.В., 2004).

Содержание мероприятий А. п. в. выстраивается в соответствии с уровнями формирования личностно- и социально-позитивных конструкций, одна из которых может быть представлена теорией «устойчивого развития личности». Различают псевдо-, общесоциальное и специфическое А. п. в. Псевдоантиаддиктивное профилактическое вмешательство – мероприятия, направленные на распространение товарооборота и воспитание (взращивание) потребителей психотропных веществ; содержание наполнено скрытой рекламой продукции, в которой заинтересован заказчик таких программ. Общесоциальное (неспецифическое) антиаддиктивное профилактическое вмешательство – мероприятия, относящиеся к деятельности; они не затрагивают непосредственно проблему зависимости, влияют на нее косвенно через административные механизмы – педагогическими средствами или с помощью информационных технологий. Так, например, к этому типу относятся: благоустройство подъездов, затрудняющее доступ к потенциальным местам употребления наркотиков; организация досуга подростков, создающая альтернативу приему наркотиков, и организация занятости подростков в свободное от учебы время. Специфическое антиаддиктивное профилактическое вмешательство – мероприятия и программы, призванные влиять на проявления проблемы зависимости, в первую очередь наркомании, алкоголизма, табакокурения. К этому типу вмешательств можно отнести: специализированные информационные кампании в средствах массовой информации, уроки, психологические тренинги и тематические занятия, экскурсионную деятельность, выпуск специальной литературы, терапевтические программы, нацеленные на снижения вреда для лиц – потребителей наркотиков и (или) страдающих другими видами зависимостей.

По объекту приложения усилий различают личностное, семейное, социальное, национальное и международное А. п. в.

А. п. в. строится на теориях профилактики в области аддикций: а) психофизиологический подход разработал И. Вольпе, представивший теорию и тренинг ассертивности; б) когнитивно-поведенческая терапия А. Бандуры, разработавшего теорию личности; в) А. Эллис, разработавший теорию рационально-эмотивной терапии; г) Дж. Уотсон, Э. Толмен предложили теорию сенсорного контроля над процессом формирования здоровых антиаддиктивных навыков и др.; д) С. Мадди создал теорию жизнестойкости; е) К. Прибрам, К. Халл, Д. Доллард – теории поведения: индивидуального и социального, морального и аморального, психопатически «нормального» и «ненормального» поведения. Р. Нельсон-Джоунс разработал теорию жизненных навыков с формированием навыков помощи и самопомощи. Первые антиаддиктивные профилактические программы для школ были созданы в рамках компетентностного подхода. А.В. Хуторской предложил теорию катализаторов аддикций. Ряд теоретических моделей разработаны Н.А. Сиротой, В.М. Ялтонским, О.В. Зыковым, А.Г. Жиляевым, Б. Спрангер и др.

▸ Безопасность образовательной среды: коллективная монография / МГППУ; под ред. В.В. Барцалкиной, Н.Б. Флоровой, В.В. Аршиновой. М., 2013; *Аршинова В.В.* Мониторинг профилактики аддикций ИПП. М., 2012; *Она же.* Системная профилактика зависимого поведения. М., 2012

В.В. Аршинова

Антиаддиктивные профилактические компетенции (греч. anti – приставка, англ. addicted – зависимый от чего-либо, лат. competere – соответствовать, подходить) – способность применять знания, умения, успешно действовать, используя практический опыт решения задач вне зависимого поведения; формируется на основе системного психологического новообразования, отражающего культурно-исторические, психологические особенности индивидуальной, семейной и средовой устойчивости, в соответствии с возрастными этапами развития посредством целенаправленного взаимодействия со значимыми лицами (Аршавина В.В., 2013).

К А. п. к. относят: адаптивность, стрессоустойчивость, жизнестойкость, преодоление, ассертивность, внеконфликтность, социальные навыки (общение,

принятие и оказание помощи и самопомощи), ответственность, благодарность и др.

В медицине знания об основах А. п. к. заложили Ц.П. Короленко, А.Е. Личко; в психологии, социологии и культурной антропологии – П. Абрахам, Дж. Харрис и др. Психолого-педагогические основы А. п. к. заложены в трудах Дж.А. Солоизеса, Р. Нельсона-Джоунса, Г. Ботвина, И.А. Филипповой, Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, А.Г. Жиляева. Системный подход к профилактике зависимого поведения представлен в работах И.В. Блауберга, Э.Г. Юдина, В.И. Аршинова, В.Г. Буданова, Л. Берталанфи, И. Пригожина. Исследования профилактики зависимого поведения с учетом психологических механизмов проводили С. Мадди, А. Лазарус, С.В. Березин и др.; изучение на основе личностного подхода – В.Д. Менделевич, К.С. Лисецкий; С.В. Березин.

А. п. к. формируются как результат проведения программ профилактики аддикций. В 80-х гг. XX в. исследователи доказали, что профилактические программы необходимы обществу (Botvin G.J.). Их целесообразно использовать для сдерживания роста и снижения потребления наркотиков, алкоголя, курения табака и других проявлений химической зависимости. Например, результатами реализации всемирно известной программы «Формирование жизненных навыков» – ФЖН (Life Skills Training – LST, Ботвин Г. и соавт.) являются: 1) личные навыки владения собой; 2) социальные умения; 3) информация и навыки, непосредственно касающиеся наркотиков. Программа ФЖН включает в себя: 1) тренинг когнитивных поведенческих навыков; 2) направляемые групповые дискуссии; 3) наглядные демонстрации в классе; 4) традиционные дидактические методы (обратная связь, социальное подкрепление, расширенная практика). Особую роль авторы отводят профессиональной подготовке тренеров, ведущих программу, ее научному сопровождению и мониторингу ее эффективности.

Согласно Л. Анциферовой, С. Нартовой-Бочавер, С. Чечельницкой и целому ряду зарубежных авторов, с возрастом не обнаруживается заметного изменения в репертуаре «техник жизни» и только значительно меняется их иерархия. Компетентностный подход в предотвращении зависимого поведения у детей, подростков и взрослых обладает высоким профилактическим потенциалом и позволяет вместить в себя все социокультурное разнообразие профилактики аддикций.

▸ *Аршинова В.В.* Мониторинг профилактики аддикций ИПП. М., 2012; *Она же.* Системная профилактика зависимого поведения. М., 2012; Безопасность образовательной среды: коллективная монография / МГППУ; под ред. В.В. Барцалкиной, Н.Б. Флоровой, В.В. Аршиновой. М., 2013

В.В. Аршинова

Антидепрессанты (греч. anti – против, лат. depressio – подавление, угнетение) – медикаменты, выравнивающие сниженное настроение, способствующие появлению эмоционального подъема. Необходимость в такого рода средствах стала очевидной в глубокой древности. В качестве фитотерапевтических препаратов в народной медицине использовались (и сохранили свое значение) зверобой пронзенный (отечественный препарат «Негрустин»), аралия манчжурская, заманиха высокая, левзея сафлоровидная, женьшень, шафран и некоторые другие.

С 1957 г. Р. Куном (R. Kuhn) начато изучение химиотерапевтических А., вскоре ставших одной из ведущих групп психотропных (психофармакологических) препаратов, широко используемых как в психиатрии, так и в общей медицине. Наряду со свойственным всей этой группе лекарственных средств антидепрессивным действием часть этих препаратов обнаруживает выраженный седативный (успокаивающий) эффект. Использование этой группы А. более показано при тревожной депрессии, в том числе протекающей со страхом и ажитацией. Другая группа препаратов более эффективна при тоскливой депрессии. Третья группа обладает более выраженным активирующим действием, они более эффективны при лечении депрессивных больных, в статусе которых превалирует заторможенность. Имеются препараты, в которых указанные свойства комбинируются достаточно гармонично. Для большинства А. терапевтического эффекта можно ожидать по меньшей мере через 2–3 недели с начала лечения. В процессе терапии симптомы депрессии редуцируются в порядке, обратном их появлению. Лечение А. должно быть длительным. В связи с эффектом «зашторивания» (кажущееся исчезновение депрессивных расстройств) после субъективного улучшения самочувствия надо проводить терапию

А. еще в течение 9 и даже 12 месяцев. Широкая и все более увеличивающаяся в последние годы распространенность депрессивных расстройств привела к резкому учащению лечения А. Наиболее частыми ошибками при этом являются: 1) недоучет особенностей действия конкретных А.: назначение стимулирующих А. при тревожных состояниях и седирующих – при заторможенности; 2) неадекватное отношение к суточным ритмам, в связи с чем стимулирующие А. назначаются на ночь, а седирующие по утрам; 3) назначение А. в слишком малых дозах, приводящее к хронифицированию депрессии; 4) преждевременное прекращение лечения (одновременно с исчезновением депрессивной симптоматики), тогда как с целью предотвращения рецидива необходимо продолжать лечение еще в течение месяца и лишь затем постепенно снижать дозировки в течение 2–3 недель; 5) при передозировке седирующих А. или при их длительном применении они могут вызвать тяжелые побочные явления и осложнения, переводят депрессию в маниакальную фазу, индуцируют делириозное состояние и т. п.; 6) недоучет противопоказаний к лечению А.: глаукома, острые заболевания печени, почек и кроветворных органов, выраженные нарушения мозгового кровообращения, декомпенсированные пороки сердца, судорожные припадки, острые отравления алкоголем, снотворными или наркотиками, гипертрофия предстательной железы, атония мочевого пузыря, первые три месяца беременности и др.

Во время лечения А. нельзя употреблять алкоголь (взаимное потенцирование действия) и водить автомашину (ослабление концентрации внимания). К числу побочных явлений, возникающих при лечении А., относятся сухость во рту, нарушения сна, сонливость днем, тахикардия, понижение или подъем артериального давления, кожная сыпь, атаксия (нарушение координации движений), головные боли, тошнота. Следует помнить, что химиотерапевтические препараты этой группы имеет право назначать только врач, который несет за свои назначения ответственность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Антропоанализ (греч. anthropos – человек и analysis – разложение, расчленение) – одно из наименований психотерапевтического метода Л. Бинсвангера и его последователей, основанного на антропологическом анализе природы и особенностей присущих человеку форм и способов «бытия в мире» (в том числе и отношений с миром).

А. создан в 30-х гг. XX в. В теоретическом и методологическом планах базируется на совокупности идей и концепций антропологического, феноменологического, психологического и экзистенциалистского толка.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Аутогенная тренировка (греч. autos – сам, genos – рождение, происхождение) – метод самовнушения, разработанный немецким психотерапевтом И. Шульцем в 1932 г. Этот метод предполагает обучение людей мышечной релаксации (расслаблению) и самовнушению в целях последующего самостоятельного использования для воздействия на свое психическое и физическое состояние. Первоначально путем самовнушения достигается расслабление мускулатуры (релаксация), а затем в этом состоянии проводится самовнушение, направленное на те или иные органы и функции организма. Терапевтический эффект основан на релаксации, целенаправленном самовнушении и их комбинации.

Существующие ныне разнообразные методики А. т. обеспечивают высокую эффективность саморегуляции, пользуются популярностью и применяются в различных сферах человеческой жизнедеятельности в целях терапии (при неврозах, психопатиях, психогенных расстройствах и др.; в комплексе с другими видами лечения – при стенокардии, гипертонической болезни, нейродермите, облитерирующем эндартериите и др.) и коррекции эмоционального и физического состояния (при дискомфорте, конфликтных ситуациях, стрессах и т. д.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Афродизиаки (греч. aphrodisios – принадлежащий Афродите) – специфические средства для пробуждения любовной страсти и усиления полового влечения. В узком смысле к А. не относятся пищевые

продукты, витаминные и тонизирующие препараты (женьшень, элеутерококк), алкоголь и одурманивающие средства. Большинство А. получают из тропических растений. Наиболее популярным А. является «Шпанская мушка» (за отравление ею своих жертв во время сексуальных оргий был осужден маркиз де Сад). «Шпанская мушка» и препарат на ее основе «Кантарис» действительно содержат кантаридин, обладающий в высоких дозах токсическим действием, однако в сексологической практике применяются гомеопатические и совершенно безопасные его дозировки. Действие кантариса связывают с легким раздражением мочеполовых путей, резко повышающим чувствительность эрогенных зон. Второй по значимости А. — йохимбин — обеспечивает прилив крови к половым органам и тем самым ускоряет половое возбуждение. Гомеопатические дозировки А. в форме биологически активных добавок продаются в сексшопах и принимаются здоровыми людьми для усиления сексуальных ощущений.

Медицинские препараты для лечения сексуальных расстройств приобретаются в аптеках по рецепту врача и принимаются под его наблюдением. Во всех случаях действие препарата проявляется усилением возбуждения во время предварительных ласк и вне сексуальной активности быстро подавляется, поэтому все опасения и предостережения в плане возможного «перевозбуждения» лишены оснований. В католических странах периодически проходят бурные кампании против использования А.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Балинтовская группа — метод групповой тренинго-исследовательской работы, получивший название по имени своего создателя — М. Балинта, проводившего с 1949 г. в клинике Тависток в Лондоне дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами. Центральный объект исследования в классической Б. г. — отношения «врач — пациент». В группу входят 8–10 лиц, работающих в одном или различных медицинских учреждениях, но желательно не связанных служебно-иерархическими отношениями. Группа может объединять людей с различным стажем работы (желательно, чтобы стаж работы был более трех лет). Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Работа в группе может осуществляться в течение 2–3 лет; в этом случае занятия проводятся несколько раз в месяц. Если группа сформирована из слушателей краткосрочного учебного семинара, занятия могут быть ежедневными или с интервалом в несколько дней, но общее их количество должно соответствовать числу участников. По желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона. Руководитель Б. г. специально приглашается для этой работы или избирается участниками. Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. Это могут быть «трудные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача; текущие случаи и возможные терапевтические ситуации, даже возможность возникновения которых волнует врача. Каждое занятие посвящается конкретному случаю, о котором докладывает участник группы. Рассказ строится в свободной форме, говорящего не ограничивают во времени и не перебивают. Группа и докладчик пытаются определить суть отношений «врач — пациент» посредством комментариев и свободных ассоциаций идей по поводу обсуждаемого случая. Ведущий помогает сформулировать вопросы по изложенному материалу таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса. Он помогает интерпретировать различные уровни отношений: как пациент сообщает о себе и своей болезни; как врач делится со своими коллегами переживаниями в отношении этого пациента; как врач пытается понять скрытый смысл сообщения пациента в контексте ситуативного момента; как стараются его коллеги добиться понимания отношений «врач — пациент» в контексте своих реакций на сообщение коллеги. Б. г. нацелена на новый способ сенситивного слушания, способствует более глубокому восприятию участниками собственной личности (собственного «Я»).

Наряду с классической Б. г. существуют ее варианты. Б. г. со структурируемыми этапами: а) доклад рассказчика; б) вопросы к рассказчику, всем участникам по кругу дается право задавать уточняющие

вопросы; важно, чтобы они не подменялись советами; в) все участники группы по кругу должны дать свои ответы на все поставленные вопросы, поощряются свободные ассоциации «аналогичного случая»; ведущий следит за центрированностью обсуждения на взаимоотношениях «врач – пациент», оказывает рассказчику эмоциональную поддержку. Для блокирования обычной групповой динамики запрещается критика ведущего, не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуации «там и тогда»; г) в конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для обратной связи.

Опыт Б. г., первоначально ориентированный на врачей общесоматической практики, в дальнейшем распространился и на подготовку психотерапевтов, клинических психологов. Работа в такой Б. г. направлена: 1) на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; 2) осознание личностных «слепых пятен»; 3) психопрофилактику участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки, в атмосфере психологической безопасности. Метод Балинта оказался полезным для повышения квалификации не только медицинского персонала, но и учителей, социальных работников, семейных консультантов, юристов и представителей других профессий, ориентированных на межличностное общение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Беатотерапия (от лат. beatus – счастливый) – одна из отечественных психотехнологий (разработана А.С. Спиваковской в 2000-е гг.), повышающая эффективность общения; может быть названа живой школой общения, поскольку создает условия, при которых клиенты учатся сознательно наблюдать, изучать собственное общение и овладевать им во всей его сложности.

В процессе Б. неэффективным поначалу бессознательным коммуникациям клиентов противопоставляются целенаправленные и сознательные коммуникации беатотерапевтов, создающие «систему зеркал», с помощью которых клиенты смогут спокойно и без страха увидеть особенности своего общения, могут глубоко заглянуть в причины использования «нечистых посланий» и при желании увидеть перспективы возможных преобразований. Последовательные наблюдения и анализ общения позволяют как клиенту, так и беатотерапевту внимательно и последовательно наблюдать каждый язык общения, в совместной работе отслеживать достижения и ошибки, исследовать особенности собственного внутреннего мира, порождающие «чистые» или «зашумленные» послания. В чистом послании содержания, передаваемые на разных языках коммуникации, соответствуют друг другу или взаимно дополняют. Чистота послания зависит от осознанности общения. Нечистое, или зашумленное, послание передает разными языками разные, часто даже полярные, сведения. Б. постулирует, что необходимо учиться использовать в общении чистые послания.

В общении, которое может подняться на уровень искусства, важно, чтобы человек осознавал, чего он хочет, и намеренно достигал поставленных целей с помощью особых техник или приемов общения.

▸ *Спиваковская А.С.* Психотерапия: игра, детство, семья. М.: Эксмо, 1999. Т. 1, 2; *Спиваковская А.С., Мхитарян А.В.* Диалоги о беатотерапии. М.: Беато-Пресс, 2009; *Спиваковская А.С.* Некоторые аспекты беатотерапии // Вестн. Моск. ун-та. Серия 14. Психология. 2004. № 4

А.С. Спиваковская

Библиотерапия (греч. biblion – книга и therapeia – лечение, уход за больным) – метод психотерапии, использующий художественную литературу как одну из форм лечения словом. Использование чтения книг с лечебной целью началось в России еще в XIX веке (Дядьковский И.Е., 1836), но термин «Б.» вошел в употребление в 20-е гг. XX в. в США. По определению, принятому Ассоциацией больничных библиотек США, Б. – это «использование специально подобранного для чтения материала как терапевтического средства в общей медицине и психиатрии с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения».

Выделяют три основные задачи Б.: 1) библиоведческая; библиотека для больных должна играть роль фактора, отвлекающего от мыслей о болезни, помогающего переносить физические страдания (цель руководства чтением конкретного читателя или однородных читательских групп не ставится); 2) психотерапевтическая; Б. является компонен-

том психотерапевтического лечения больных неврозами и некоторой части психических больных (проводится психологом, врачом-психоневрологом или психиатром без участия библиотекаря); 3) вспомогательная, а в ряде случаев и равноправная часть лечебного процесса при неврозах и соматических заболеваниях (требует участия психотерапевта и специально обученного библиотекаря).

В нашей стране Б. как метод опосредованного воздействия на больных с различными видами неврозов развивалась с 60-х гг. (Вельвовский И.З., Миллер А.М.). Специально для работы с заикающимися данный метод был модифицирован Ю.Б. Некрасовой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Л. Карпова

Библиотерапия смысложизненных ориентаций – использование литературных произведений для коррекции смысложизненных ориентаций.

Библиотерапия может выстраиваться в соответствии с классической структурой психологической реальности – аффективная, когнитивная, конативная актуализация проблемы. Возможны также разнообразные сочетания эмоционального, познавательно-аналитического и мотивационно-действенного откликов ее участников. В первом случае подбирается, как правило, одно литературное произведение, а в случае различных сочетаний – более одного, что предполагает специальную логическую проработку (суммарного) эффекта.

Субъективно-психологический, логико-смысловой и литературно-художественный опыт постановки и решения проблемы жизненных смыслов глубоко представлен в произведениях Л.Н. Толстого. «Исповедь» (дилемма «смотрения в бесконечность внизу» и «смотрения в бесконечность в вверху» в решении проблемы, увиденном во сне) и дневниковые записи Толстого формируют определенное пространство проблемы, отчасти противостоящее пространству литературно-художественных решений («Смерть Ивана Ильича», «Анна Каренина», «Война и мир» и др.)

Контаминация толстовского корпуса текстов с пьесой М. Горького «На дне» (Лука и апология социального императива жизненных смыслов в художественном противопоставлении реальным смыслам жизни других персонажей), а также с рассказом А. Платонова «Фро» (пересечение смысложизненных пространств прошлого – отец Фроси; будущего – муж; настоящего, в котором героиня повести мучительно ищет необходимого оправдания своего однообразного, непрерывно трудового существования) продолжает логику дилеммы в посттолстовский период социальной жизни российского общества.

▸ *Горький М.* «На дне»; *Платонов А.* «Фро»; *Толстой Л.Н.* «Исповедь», «Смерть Ивана Ильича», «Анна Каренина», «Война и мир»

Г.В. Акопов

Биологическая обратная связь – методика, позволяющая людям наблюдать и контролировать свои телесные функции с помощью систем объективной регистрации этих функций.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Биосинтез – телесно-ориентированная психотерапия («интеграция жизни»), развивающаяся с 70-х гг. XX в. (автор метода – Дэвид Боаделла). Б. имеет корни в эмбриологии, райхианской терапии и теории объектных отношений. С позиций Б. в основе метода лежат данные о развитии зародыша человека на втором этапе эмбриогенеза: образовавшиеся на второй-третьей неделе три зародышевых листка – эктодерма, эндодерма, мезодерма – рассматриваются как основа трех энергетических потоков: 1) эктодерма становится органическим субстратом той части «Я», которая является интегратором ощущений (из эктодермы развиваются кожа, нервная система и органы чувств); с этой частью связан поток восприятия, образов и мыслей; 2) эндодерма становится органическим субстратом «Оно»: из эндодермы развиваются органы пищеварения и дыхания, поэтому с ней Б. связывает энергетический поток эмоций, чувств; 3) с мезодермой связан энергетический поток той части «Я», которая отвечает за позу, движение и действия, т. к. из нее развиваются кости, мышцы и кровеносная система. В результате внутриутробного или родового стресса или травмы более позднего возраста гармония между тремя энергетическими потоками нарушается, что приводит к дезинтеграции сфер ощущений, мышления и эмоций.

От райхианской терапии Б. унаследовал представление о трехуровневом строении личности: поверхностный уровень представлен маской и панцирем характерных отношений, срединный – чувствами гнева, тоски, тревоги, отчаяния и др., а самый глубокий – чувствами доверия, благополучия, радости и любви. Биосинтетики объясняют мышечный панцирь как следствие нарушений интеграции сфер действия, чувств и мышления. В теле человека эти нарушения в основном сфокусированы: в задней части шеи (блок между мыслями и действиями), в горле (блок между мыслями и эмоциями), в области диафрагмы (между чувствами и действиями, между действиями и дыханием).

В Б. различают внешнюю и внутреннюю части психотерапии. Внешняя, видимая часть работы протекает в границах того или иного «панциря» и направлена на восстановление интеграции действий, мыслей и чувств. Реинтегративными процессами являются «заземление», «центрирование», «видение», «звучание». Отреагирование в Б. не считается обязательным, и биосинтетики не стремятся его вызывать. Внутренний, глубокий уровень работы строится на уважении к системе защит, которая стратегически необходима для выживания и приспособления. Поэтому в Б. паттерны трансформируют, предварительно выстроив систему поддержки, подстраховки, а вся методика работы направлена не на переживание ярости, боли, гнева и пр., но ориентирует человека к первичному (глубинному) уровню ощущений и чувств.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Э. Газарова

Бихевиоральная терапия (англ. behaviorism – наука о поведении живых существ) – ряд тщательно разработанных методов лечения (в том числе сексуальной дисфункции в семье, вредных привычек, алкоголизма и табакокурения), направленных на изменение или формирование новых шаблонов поведения, т. е. на искоренение нежелательного поведения и создание условий, при которых требуемое поведение проявлялось бы как можно чаще.

Б. Скиннер рассматривал терапию как сферу контроля. Любая обещанная и реально предоставленная психотерапевтом помощь действует как позитивное подкрепление, усиливая влияние терапевта; последний является для пациента не представляющим угрозы слушателем, перед которым можно быть свободным в проявлении поведения, которое пациент обычно подавляет. Однако позитивные отношения с терапевтом являются необходимым, но не достаточным условием эффективной психотерапии. Жалобы пациента рассматриваются как основной момент психотерапевтического лечения. С точки зрения бихевиоризма симптом и является самой болезнью, тем, что непосредственно следует лечить. Терапевт-бихевиорист интересуется реальным поведением пациента, а не его внутренними состояниями или возникшими в прошлом причинами этого поведения. Он заинтересован в обучении, тренировке и стимуляции таких видов поведения пациента, которые могут эффективно соперничать с поведением, создающим ему дискомфорт или мешающим жить, а потом и вовсе устранить его. Совместно с пациентом он ставит цели лечения, обозначая их настолько отчетливо, что и терапевт, и пациент понимают, когда эти цели достигаются.

▸ *Фрейджер Р., Фейдимен Дж.* Радикальный бихевиоризм. Б. Скиннер. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007; *Rachman S.J., Wilson G.T.* The effects of psychological therapy (2d ed). Elmsford, NY: PergamonPress, 1980

Н.Д. Творогова

Борьба со стрессом – программа, в рамках которой люди учатся справляться со стрессом путем влияния на процессы оценки, стратегию преодоления и сами реакции стресса.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Вайвэйшн (англ. vivation; лат. vivo – жить, vividus – полный жизни) – усовершенствованный вариант методики ребефинг, разработанный J. Leonard, Ph. Laut (1988). В отличие от классического ребефинга в В. большее внимание уделяется внутренней работе с переживаниями, возникающими в измененных состояниях сознания.

Для усиления психотерапевтического эффекта в методике В. предлагается осуществлять в измененных состояниях сознания направленную деятельность в соответствии с пятью базисными эле-

ментами: связное дыхание, полное расслабление, детальное осознание, гибкость контекста, активное доверие. Первый элемент (связное дыхание) представляет собой более детальную, по сравнению с ребефингом, разработку оптимальной динамики дыхательного процесса, требуемой для достижения максимальной терапевтической эффективности. В В. выделено четыре типа дыхания, различающихся соотношением глубины и частоты дыхания и предназначенных для применения на той или иной стадии терапии. В соответствии со вторым элементом (полное расслабление) для лучшей активизации проблемного неосознаваемого материала требуется максимальное расслабление физического тела. Третий элемент (тотальное внимание и детальное осознание) подчеркивает необходимость всестороннего наблюдения за любыми изменениями внутреннего состояния: динамикой физических ощущений, эмоциональных переживаний, зрительных, звуковых образов и т. п. Четвертый элемент (гибкость контекста или интеграция в экстаз) заключается в поиске и выборе такого контекста восприятия негативных переживаний, который позволяет безусловно принять любое возникающее ощущение с любовью и радостью и испытать удовлетворение от того, что оно больше не подавлено. Одной из главных особенностей методики В. является культивирование экстатических состояний, в частности, через формирование экстатического восприятия мира, порождающего переживание реальности как «океана блаженства». Пятый элемент (активное доверие или «делайте то, что вы делаете, потому что работает абсолютно все») акцентирует внимание на доверии себе, инструктору, процессу терапии при одновременном осуществлении активного поиска своего собственного, индивидуального режима внутренней работы, приносящего максимальную эффективность.

Критическое осмысление методики В. осуществляется с таких же позиций, как и критика холотропной терапии и ребефинга.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Вегетотерапевтические методики (лат. vegetatio – возбуждение, оживление) – составная часть райхианского анализа; В. м. разработаны В. Райхом для расслабления телесного панциря у пациента, находящегося в измененном состоянии сознания, индуцированном интенсивным дыханием. В. м. включают в себя: 1) осуществляемое райхианским аналитиком прямое физическое манипулирование телом пациента; 2) проводимую самим пациентом под наблюдением психотерапевта работу по имитированию и провоцированию эмоциональных состояний; 3) выполнение пациентом специальных движений, ударов, физических упражнений; 4) работу над освобождением звука при эмоциональных проявлениях.

Вегетотерапевтические техники различаются в зависимости от проработки того или иного круга «мышечной брони». Райх указывает, что по мере опускания с первого уровня (область глаз) до последнего (область таза) хронические мускульные зажимы сдерживают все более глубокие и значимые для пациента неоконченные эмоциональные переживания. В связи с этим в райхианском анализе принята постепенная, последовательная телесная проработка защитного панциря сверху вниз, начиная с первого мышечного круга напряжений и заканчивая последним. Райх настаивает на том, чтобы переход к следующему уровню осуществлялся лишь после распускания брони и эмоционального высвобождения на предыдущем этапе. В качестве примера заметим, что одна из сильнейших и универсальных защитных мышечных систем находится в челюстном суставе (уровень телесной брони – область рта). Сомкнутые челюсти удерживают яростные атаки эмоций, пряча и маскируя чувства страха, ужаса, скрывая удовольствие, радость, сочувствие, формируя телесную маску, выражающую силу, уверенность, храбрость и полное самообладание. Расслабление защитной брони на уровне рта осуществляется путем постоянного (в течение телесной работы) поддержания глубокого дыхания; надавливания на выдохе на мышцы в районе челюстного сустава до болевых ощущений; массирования телесных зажимов в районе рта, подбородка, челюсти; использования рвотного рефлекса; поощрения высвобождения напряжения через различные эмоциональные и звуковые проявления (агрессивные крики, гневные выпады, обвинительные речи, рыдания навзрыд, мольбы о любви и помощи и т. п.). Если после такой телесной проработки не последует психоаналитическая работа по анализу интерпретации полученного вербального и невербального

материала и сопротивлений его выражению, то достигнутое в ходе катарсического отреагирования распускание мышечной брони через некоторое время сменится восстановленным хроническим напряжением.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А. В. Россохин

Вербализация (в психотерапии) (лат. verbalis — устный, словесный) — словесное описание переживаний, чувств, мыслей, поведения. В психотерапевтической терминологии (Helm J., 1978) В. — это точное словесное описание психотерапевтического понимания эмоционального содержания переживаний пациента. Психотерапевт выделяет из высказываний клиента наиболее существенные, на свой взгляд, аспекты его переживаний, помогает ему прояснить их и вербализовать в приемлемой и ясной для него форме. В результате этого у пациента повышается самоэксплорация (степень активности, с которой он привносит в беседу свое поведение, эмоциональные переживания, свои размышления и выводы), благодаря чему он начинает более адекватно понимать себя, других, свою жизненную ситуацию, а также предпринимает попытки изменить поведение.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Вербальные и невербальные методы групповой психотерапии — деление методов с учетом преобладающего вида коммуникации. Вербальные методы (групповая дискуссия, психодрама и др.) базируются на вербальной коммуникации и направлены преимущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы (психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия и др.) опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции. В связи с развитием психотерапевтических направлений, основывающихся прежде всего на непосредственных эмоциональных переживаниях, наметилось частичное отождествление термина «вербальный» с терминами «рациональный», «познавательный», «когнитивный» и противопоставление трех последних понятиям «невербальный», «эмоциональный», «опытный» (в смысле опыта непосредственного переживания). Подобное разграничение В. и н. м. г. п. носит в значительной степени условный характер и целесообразно лишь с точки зрения преобладающего типа коммуникации. Каждый психотерапевтический метод в рамках групповой психотерапии, вне зависимости от того, вербальный он или невербальный, может затрагивать и когнитивную, и эмоциональную, и поведенческую сферы пациента.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Взаимодействие «врач — медицинская сестра — пациент» (в философии) — особая форма совместных действий медицинских работников и пациента в целостной системе сохранения и укрепления здоровья людей. Такое взаимодействие является необходимым условием и фактором развития современной медицины; виды его сформировались в результате осознания многообразных профессиональных функций и ролей врачей, медсестер и пациентов в сохранении и укреплении здоровья. У врачей оно проявляется в профессиональных действиях, направленных на постановку диагноза заболевания и назначение лечения. У медицинских сестер — в проведении назначенных врачом медицинских манипуляций с пациентом и поддержании у него силы духа и доверия врачам. Роль пациента состоит в том, чтобы, следуя рекомендациям и советам врача и медсестры, оставаться при этом их равноправным партнером в определении путей и способов своего лечения или профилактики. Взаимодействия порождают многообразные формы и виды взаимоотношений, которые, в свою очередь, порождают те или иные взаимодействия.

Отношение — это философская категория, выражающая суть и характер внутренней взаимосвязи всех явлений и процессов, взаимозависимость всех элементов определенной системы. Считается, что категорию «отношение» в философию ввел Аристотель, писавший, что нечто «есть то, что оно есть», лишь «в связи с другим или находясь в каком-то ином отношении к другому». Отношение указывает на смысловое единство, взаимозависимость, взаимоопределяемость их естественных существований. Само существование всякой вещи, ее специфические особенности и свойства, ее развитие зави-

сят от совокупности ее отношений к другим вещам и явлениям.

В объективном плане все отношения, складывающиеся между людьми, представляют собой одну из сфер общественных отношений в их жизни и деятельности, содержащую в себе своеобразную проекцию тех социально-нравственных критериев и оценок, которые применяются в упорядочении межличностного общения. Объективная потребность людей в упорядочении своих взаимоотношений друг с другом вызвала к жизни первый социально-культурный регулятор в виде общественной формы сознания и поведения – мораль. По выражению И. Канта (1724–1804), мораль – это способ духовно-практического отношения к природе и миру людей. Мораль требует от каждого члена общества относиться к каждому человеческому индивиду как к личности и никогда – как к средству достижения корыстных целей. Именно поэтому в моральных отношениях констатируются такие феномены, как добро, долг, совесть, социальная справедливость, этикет и т. д. В наибольшей степени все эти и иные моральные компоненты общения получают отражение в медицине.

Морально-этические отношения в медицинской практике получили свое закрепление в декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), где сказано: «Являясь представителем медицинской профессии, я торжественно обещаю посвятить свою жизнь служению человечеству. Я буду заниматься своим делом совестливо и с достоинством. Моей основной заботой будет здоровье пациента. Я буду уважать секреты, которые мне доверяют. Я всеми силами буду поддерживать честь и благородные традиции медицинских профессий. Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга. Я буду поддерживать высшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия; даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности. Я даю эти обещания торжественно, от души, с чистой совестью». Эти слова клятвы нацелены на формирование особо гуманных отношений во всех сферах здравоохранения, которые можно конкретизировать следующим образом:

- любое действие, лечение, рекомендации, слова врача должны быть направлены на благо пациента;
- жизнь человека и его здоровье являются безусловной ценностью;
- врач должен научиться ценить и уважать личную жизнь пациентов;
- не совершать аморальных поступков и действий;
- сохранение врачебной тайны – необходимое условие взаимоотношений «врач – пациент», «врач – врач» или «врач – медсестра»;
- искреннее уважение к своим учителям.

Нарушение врачебной клятвы свидетельствует о профессиональной некомпетентности врача, его личностной деградации, а значит, и деформации межличностных отношений.

Развитие науки и техники, биотехнологии и медицины принципиально по-новому поставили вопрос перед всем человечеством, но особенно перед учеными и медиками, о необходимости инновационного обновления, по сути, всех форм и видов отношения к природе, жизни, человеку. Традиционно социальная составляющая медицинской практики была представлена профессиональной этикой; в условиях современной культуры она дополняется медицинским правом. Философско-этическое и правовое осознание этих принципиально новых этапов в развитии науки, техники, технологии и медицины происходит в рамках новой междисциплинарной отрасли знания – биоэтики. Особое внимание следует уделять важнейшему принципу биоэтики, нацеленному на качественное изменение отношения людей к жизни, – благоговение перед ней (Швейцер А.).

В систему «врач – медицинская сестра – пациент» в последние десятилетия включается еще один участник процесса сохранения и укрепления здоровья – психолог, которому надо, привнося новое в уже сложившиеся профессиональные взаимоотношения и взаимодействия, суметь вписаться в выстраданные веками морально-этические отношения, сформированные в медицинской среде.

▸ *Аристотель.* Соч. в 4 т. М., 1978. Т. 2; *Асмус В.Ф.* Иммануил Кант. М., 1973; *Вебер М.* Избранные произведения. М., 1990; *Кант И.* Критика практического разума. М., 2004; Новая философская энциклопедия: в 4 т. М., 2001. Т. 3; *Спиркин А.Г.* Философия. М., 1998; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Визуализации методики — психотерапевтические приемы, направленные на воссоздание и управление зрительными образами во внутреннем пространстве клиента. Клинический психолог побуждает воображение клиента, поощряет, развивает, доводит фантазию до некоторого ее завершения, способствует трансформации подчинивших клиента негативных образов. Материал воображения затем нередко анализируется в терминах его значения и символики (подобно анализу сновидений); причем толкование символов индивидуально, применительно к данному клиенту. Клиент обычно в ходе работы создает в своем воображении то, что в каком-то отношении для него значимо.

В. м. применяют практически все основные психотерапевтические направления (например, в методике систематической десенсибилизации пациент воспроизводит все более устрашающие зрительные образы, негативные эмоциональные переживания на фоне мышечной релаксации, расслабления). Правильное применение образов (мысленной картины того, что в данный момент недоступно непосредственному восприятию) может помочь выработать уверенность в себе, развить выносливость и энергичность, избавиться от мешающих привычек и др. С помощью образов можно совершить то, что в данный момент физически невозможно. Механизмы визуализации рассматриваются в контексте теоретических моделей гипноза, трансперсональной психологии и др.

Терапевтическая работа с образами имеет несколько названий: управляемое воображение, символдрама, активное воображение, визуализация и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Внутренняя картина лечения у пациента (ВКЛ) — понятие (наряду с понятиями «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья») отражает динамику представлений субъекта (пациента) о происходящем с ним на всех этапах его лечения. Понятие «ВКЛ» введено исследователями сравнительно недавно (Урываев В.А., 2000), тесно связано с системой отношений в диаде «врач — пациент» («клинический психолог — клиент»).

По мнению чешского психолога О. Досталовой (1993, 1994), привычная модель («три Р») «врач — рецепт — больной» (physician — prescription — patient) должна быть заменена на модель «три С» — «консультант — контракт — клиент» (consultant — contract — client). Этим подчеркивается активная роль человека, обратившегося за медицинской помощью. «Осмотрите врача, прежде чем он осмотрит вас», — совет специалистов по профилактической медицине, сформулированный в духе подхода «три С». В настоящее время практика заключения «контрактов» между лечащим врачом и пациентом постепенно распространяется в Европе (приобретая в том числе и юридически закрепленные формы, фиксируемые в историях болезни).

В медицинской среде некоторым шагом в этом же направлении стало распространяющееся понятие «приверженность лечению». Однако оно закрепляет пассивный модус поведения пациента на приеме врача. По мнению А. Гуггенбюль-Крейга (1997), проблемой, вокруг которой строится система отношений «врач — больной», является проблема «власти» врача. B.E. Collins и B.H. Raven (1968), изучая работу врача, выделили шесть основных видов власти: «Доктор может делать упор на свою легитимную роль и настаивать на том, что пациент должен его слушаться; он может пытаться говорить с пациентом на «его языке» и установить с ним дружеские отношения, оказывая тем самым референтное влияние; он может подчеркнуть факт своего образования, выстроить в своем кабинете в ряд книги и журналы, чтобы установить свою экспертную власть; он может воспользоваться выражением одобрения или неодобрения как средством вознаграждения или принуждения или, если это в его силах, угрожать пациенту лишением медицинской помощи; он может использовать информационное влияние, тщательно объясняя пациенту характер его болезни и необходимость выполнения рекомендуемых процедур или принятия лекарств».

В концепции «заключение контракта» пациент совместно с врачом (опираясь на помощь «внутреннего доктора» — выражение А. Швейцера) составляет план лечения, который впоследствии реализуется им вне непосредственного контроля врача.

ВКЛ берет начало в ситуации «предболезни» (при выборе решения отказаться от самолечения и признании необходимости обратиться за специ-

ализированной медицинской помощью) и продолжается за границами ликвидации симптома, вызвавшего необходимость обращения к врачу, составляя субъективную основу программ реабилитации.

▸ *Казинс Н.* Анатомия болезни с точки зрения пациента / Пер. с англ. М.: Физкультура и спорт, 1991; *Соложенкин В.В.* Психологические основы врачебной деятельности. М.: Академический Проект, 2003; *Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984

В.А. Урываев

Внушение (суггестия) (лат. suggestio — внушение) — способ влияния, который основывается на некритичном восприятии человеком поступающей информации.

В., как и убеждение, направлено на снятие своеобразных фильтров, стоящих на пути к новой информации и оберегающих человека от заблуждений и ошибок. Однако, в отличие от убеждения, В. предполагает усвоение объектом В. сообщения без требования доказательств его истинности. При В. слова субъекта В. вызывают именно те самые представления, образы, ощущения, которые внушающий имеет в виду. При этом полная ясность и безоговорочность указанных представлений требует действий с той же необходимостью, как будто эти представления были получены прямым наблюдением.

Будучи принятым без должного критического осмысления, внушенное человеку поведение может не согласовываться с его убеждениями (по результатам исследований В. Райкова, у человека все-таки есть антисуггестивные барьеры, благодаря наличию которых каждому не все удается внушить), привычками, наклонностями. В то время как убеждение, являясь воздействием в значительной степени интеллектуальным, апеллирует в основном к знаниям и опыту слушающего, В., носящее эмоционально-волевой характер, основывается на вере (или на доверии — разница здесь в степени некритичности восприятия слов и поступков значимого другого).

В. широко применяется в медицине и педагогике. В медицине В. используется для коррекции психического и соматического состояния больного и дает высокий клинический эффект. В педагогике делаются попытки использования В. в процессе обучения, например в так называемом суггестопедическом методе Г.К. Лозанова. В. используется в воспитании детей, когда авторитет взрослого и сниженная критичность ребенка способствуют бессознательному принятию и прочному усвоению норм поведения и социальных ценностей.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.Г. Дубов

Воздействие психологическое — процесс и результат взаимодействия, проявляющийся в изменении состояния, психического пространства хотя бы одного из общающихся. В широком смысле слова «воздействие» — процесс, происходящий на различных уровнях существования материальных явлений и их отдельных свойств (физических, химических, биологических, энергетических, информационных и т. д.), который реализуется в ходе взаимодействия двух или более по каким-либо параметрам равноупорядоченных систем и результатом которого является поддержание состояния данных систем или же изменение в структуре (пространственно-временных характеристик) хотя бы одной из них. Близкий по смыслу термин «влияние на психику» — процесс, осуществляющий регуляцию психической активности взаимодействующих между собой индивидов.

Психическое пространство (как осознаваемое, так и неосознаваемое) имеет когнитивно-аффективное содержание и формируется как функция аккумуляции и организации опыта в ходе практического взаимодействия человека с миром (физическим, социальным и др.) (Леонтьев А.Н., 1972; Артемьева Е.Ю., 1980; Петренко В.Ф., 1983; Шмелев А.Г., 1983). Зафиксированный в пространстве субъективных значений опыт переживаний индивидом значимых для него событийных связей с внешним миром влияет (при экстериоризации этого опыта) и на степень значимости актуально воспринимаемой информации, на характер эмоционального отношения к ней. Пространственно-временная организация — фундаментальная характеристика целостной психики человека на всех структурно-функциональных ее уровнях, является универсальным механизмом формирования и функционирования всех уровней отражения и регуляции сознания и самосознания человека; лексическим эквивалентом словосочетания «пространство — время» служит понятие «хро-

нотоп» (Бернштейн Н.А., 1966; Бахтин М.М., 1974; Ковалев Г.А., 1991). В настоящий период преимущественно изучаются вербализированные осознанные уровни психического пространства. Пространственно-временная семантическая структура, сформированная в индивидуальном опыте событийных внешних социофизических связей субъекта, характеризует специфическое содержание «картины мира» этого субъекта, которая сказывается на индивидуализированном мировосприятии происходящих с ним событий и в его способах реагирования на эти события.

▸ *Ковалев Г.А.* Психологическое воздействие: теория, методология, практика. М., 1991; *Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики. М., 1972

Г.А. Ковалев

Восстановительное обучение (в клинике нервных болезней) — вид нейропсихологической практики восстановления нарушений высших психических функций (ВПФ) у больных с локальным поражением мозга.

В отечественной нейропсихологии на клиническом и экспериментальном материале показано, что ВПФ имеют сложную структуру, изменяющуюся во времени в процессе ее развития; осуществляющие ее мозговые механизмы представляют собой функциональную систему (ФС), реализация которой обеспечивается комплексом совместно работающих отделов мозга, каждый из которых вносит свой вклад в обеспечение этой ФС. ФС может нарушаться при поражении большого числа мозговых зон, причем при различных по локализации поражениях она нарушается по-разному. Это связано с тем, что каждая зона мозга, участвующая в обеспечении ФС, ответственна за свой фактор, поражение которого приводит к нарушению соответствующей ВПФ. Фактор — это первичный дефект, связанный с собственной функцией данного мозгового участка. Есть факторы, имеющие топический характер (кинетический, кинестетический, фонематический слух, объем восприятия, пространственное восприятие и др.), но есть и общемозговые факторы, лежащие в основе патологического изменения нейродинамики. Положения отечественной школы нейропсихологии, которые лежат в основе выбора пути восстановления нарушенных ВПФ и методов В. о.:

- ВПФ при органических локальных поражениях мозга не распадаются (и не выпадают), а нарушаются всякий раз по-разному в зависимости от локализации очага поражения головного мозга;
- при поражении какого-то одного участка коры головного мозга могут быть нарушены несколько ВПФ, причем только те, в структуре которых имеется один и тот же фактор (например, при поражении зоны ТРО (Temporalis-Parietalis-Occipitalis) нарушаются письмо, чтение, счет, импрессивная речь и др., в структуре которых имеется общий фактор — пространственное восприятие);
- одна и та же ВПФ может оказаться нарушенной при поражении различных, территориально не связанных участков мозга (например, счет нарушается и при поражении лобных зон коры мозга, и зоны ТРО, и височных отделов коры мозга);
- локализация симптома не совпадает с локализацией ВПФ; чтобы поставить топический диагноз пострадавшей ВПФ, необходимо выявить фактор, лежащий в основе нарушения этой ВПФ и, следовательно, в основе наблюдаемого синдрома.

Существует несколько путей восстановления ВПФ после органических поражений мозга: 1) путь растормаживания ВПФ; 2) восстановление ВПФ путем: а) викариата (переноса ВПФ в правое полушарие); б) использования медикаментозных средств; в) перестройки функциональных систем; методом, разработанным отечественными психологами (Лурия А.Р., Бейн Э.С., Коган В.М., Цветкова Л.С. и др.); этот путь был заложен еще в годы Великой Отечественной войны, его основа — метод рационального восстановительного обучения больных; 3) восстановление заторможенных ВПФ путем изменения установки личности.

Нередко все эти пути (или часть их) применяются одновременно; основным всегда является путь перестройки ФС; в нем выделяется несколько направлений.

Первое направление — внутрисистемная перестройка пострадавшей ФС осуществляется так, чтобы нарушенное звено ФС было замещено «резервным» (используются те афферентации нарушенной ФС, которые имелись в онтогенезе и у взрослого человека уступили место ведущей афферентации).

Второе направление – создание новой ФС на основе включения новых звеньев, не принимавших ранее прямого участия в нарушенной ФС. Принцип «опоры на сохранные звенья» предполагает развитие обходных путей преодоления дефекта. Это путь межсистемной перестройки пострадавшей функции.

Третье направление – внутриуровневая перестройка, учитывающая многоуровневое системное строение ВПФ, предусматривает либо перевод функции на более низкий и менее произвольный уровень с целью дальнейшего восстановления более высокого уровня ее протекания, либо на более высокий уровень ее организации, требующий включения сознания, с целью преодоления дефектов более низкого уровня.

Принципы В. о. больных с поражением головного мозга условно разделяют на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические. Одним из важнейших общих принципов В. о. является принцип общения с больным (вербального, невербального и их совместного), в ходе которого у больного появляется возможность использовать свой прошлый опыт через актуализацию энграфических записей; общение является одновременно и средством, одной из задач В. о., его целью.

Основные задачи В. о. (Цветкова Л.С., 2002, 2004):

а) восстановление психической деятельности больного человека (с афазией, агнозией, амнезией и др.) в целом, а не восстановление изолированных отдельных ВПФ (речи, восприятия, внимания и др.);

б) восстановление ВПФ через восстановление человека – его личности и жизнедеятельности, социального и личностного статуса;

в) восстановление не изолированных частных умений и навыков, а полноценной функции как психической деятельности;

г) восстановление психических функций, а не приспособление больного к дефекту;

д) возвращение человека с нарушенными ВПФ (афазией, агнозией, амнезией) в нормальную социальную среду, а не в упрощенную.

Нейропсихологическая реабилитация, предусматривающая апелляцию к личности пациента и к значимым для него малым социальным группам (терапевтическая группа, семья, трудовой коллектив), направлена на возвращение пациента к общественной и трудовой деятельности, к общению. Общая стратегия – развитие слабого звена при опоре на сильные звенья в ходе специально организованного взаимодействия нейропсихолога с пациентом.

Разработанные методы В. о. больных с поражениями мозга могут применяться и применяются в коррекционно-развивающем обучении детей.

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Цветкова Л.С.* Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972; *Она же.* Восстановление высших психических функций. М., 2004

Л.С. Цветкова

Восстановительное обучение (в нейропсихологии) – восстановление нарушений высших психических функций (ВПФ) у больных с локальным поражением мозга. Научный методологический и теоретический базис отечественной нейропсихологии создал условия для развития практики восстановления ВПФ, практики В. о. На клиническом и экспериментальном материале было показано, что ВПФ имеет сложную и изменяющуюся во времени в процессе ее развития (или нарушения) структуру. А осуществляющие ее мозговые механизмы представляют собой функциональную систему (ФС), основанную на совместной работе территориально независимых областей мозга.

Путь восстановления ВПФ – это путь перестройки функциональной системы. В соответствии с принципами нейропсихологии (социального генеза ВПФ, их системного строения, динамической организации и локализации) «объективирование» расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение ее во внешнюю деятельность является одним из основных путей при компенсации поражений» (Выготский Л.С.). Отечественными психологами (Лурия А.Р., Бейн Э.С., Коган В.М., Цветкова Л.С. и др.) разработан новый метод восстановления – метод рационального В. о., научные основы которого заложены в годы Великой Отечественной войны.

В. о. входит в качестве основного структурного звена в процесс нейропсихологической реабилитации больных. Нейропсихологическая реабилитация представляет собой комплексное медико-психолого-педагогическое воздействие на больного и системное психологическое воздействие на дефект, учитывающее его механизм и предусматривающее апелляцию к личности больного и к малым социальным группам больного (терапевтическая группа,

семья, трудовой коллектив), направленное прежде всего на восстановление ВПФ (а не приспособление к дефекту) как на главную задачу, решение которой позволит привести к достижению конечной цели – восстановлению личного и социального статуса пациента, возвращению в нормальную (а не упрощенную) социальную среду, к общественной и трудовой деятельности.

Разработанные методы В. о. больных с поражениями мозга могут применяться и применяются в коррекционно-развивающем обучении детей с трудностями обучения. Хотя отдельные методические приемы меняются, в частности меняются способы мотивации детей к выполнению заданий, принципиальная основа построения стратегии и тактики коррекционно-развивающего обучения сохраняется – развитие слабого звена при опоре на сильные звенья в ходе специально организованного взаимодействия ребенка и педагога.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Т.В. Ахутина

Восстановление высших психических функций – отрасль нейропсихологии, основной задачей которой является изучение теоретических основ, механизмов и методов восстановления высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений головного мозга. Теоретической базой В. в. п. ф. являются, с одной стороны, общепсихологические представления об общественно-исторической природе, прижизненном формировании высших психических функций и их системной организации, с другой стороны, нейропсихологическая концепция о системном строении и системной динамической локализации данных функций. Указанные теоретические предпосылки позволили обосновать положение о принципиальной возможности восстановления пострадавших психических функций. А.Р. Лурия выделил внутрисистемные и межсистемные перестройки функциональных систем (перевод процесса на высший, осознанный уровень, замена выпавшего звена функциональной системы новым и др.). Применение нейропсихологической теории В. в. п. ф. на практике при лечении раненых во время Великой Отечественной войны показало ее высокую эффективность; в этот период и были разработаны научные основы В. в. п. ф.: речевых, гностических, интеллектуальных, двигательных (Лурия А.Р., Леонтьев А.Н., Запорожец А.В., Ананьев Б.Г., Бейн Э.С., Трауготт Н.Н. и др.).

Дальнейшее изучение проблем В. в. п. ф. связано преимущественно с теоретическим анализом причин речевых нарушений и разработкой различных методов их восстановления. А.Р. Лурия и его ученики (Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Глозман Ж.М. и др.) сформулировали ряд принципов восстановительного обучения: а) нейропсихологическая квалификация дефекта; б) опора на сохранные звенья в психологической структуре функции; в) внешнее программирование восстанавливаемой функции и др. Изучение динамики восстановления различных видов речевой деятельности под влиянием восстановительного обучения позволяет проанализировать природу и механизмы нарушения различных речевых функций, в частности роль зрительных образов в формировании афазии. Работы Л.С. Цветковой и ее сотрудников показали, что нарушения номинативной функции речи связаны с дефектами речевой организации зрительных образов. Дальнейшее развитие данного направления в нейропсихологии связано с расширением сферы применения методов восстановительного обучения, разработкой методов восстановления процессов памяти, внимания, восприятия, эмоционально-волевой сферы, а также общей и умственной работоспособности, с созданием комплексных методов восстановления функций путем сочетания психологического и медикаментозного воздействия на личность больного. Одним из важнейших разделов данного направления является изучение эмоционально-психологической стороны восстановительного обучения, разработка групповых методов восстановления речевых функций путем корректирования изменений личности больного.

Современная практическая работа в области нейрореабилитации, которая проводится в различных научно-практических центрах России, базируется на общих теоретических представлениях А.Р. Лурии о системной психической и мозговой организации психических функций. Эти идеи легли в основу системы комплексной нейрореабилитации, разработанной В.М. Шкловским и его сотрудниками, успешно применяемой в Центре патологии речи в Москве и других городах России.

Высокая социальная значимость результатов исследования проблемы В. в. п. ф. и их применения на практике связана с большой социальной потребностью в такого рода работах в области клинической психологии (в частности, в связи с ростом числа сердечно-сосудистых заболеваний) и большой эффективностью нейропсихологических методов В. в. п. ф.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Выяснение (в психотерапии) — обращение в ходе психотерапевтического сеанса к клиенту за некоторыми уточнениями. Психотерапевт при возникновении непонимания между ним и клиентом, неясности фразы клиента, двусмысленности какого-то слова задает «выясняющие» вопросы. В. — один из приемов «понимающего слушания» в гуманистической психотерапии. В. полезно, когда: а) необходимо точно понять позицию клиента в его, например, семейном конфликте; б) клиент говорит путано, перепрыгивая с одной мысли на другую; в) необходимо помочь клиенту самому разобраться в своей позиции; г) надо продемонстрировать клиенту, что его внимательно слушают. Правила В.: 1) использование нейтральных фраз вроде «Что вы имеете в виду?», «Не объясните ли вы это?», «Извините, я не совсем вас понял»; 2) реплики должны касаться только того, что говорит клиент, и не содержать оценки его поведения и умения излагать свои мысли; 3) не задавать вопросы, требующие односложного ответа («да», «нет»), которые создают у клиента ощущение, что его допрашивают.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Гештальт-терапия (нем. Gestalt — форма, структура и греч. therapeia — лечение) — форма психотерапии, основанная на понятиях единства и целостности (предложена Ф. Перлзом). Г. обычно проводится в группах; групповая Г. центрирована на клиенте, которым может стать каждый участник группы. Группа в работе психотерапевта с клиентом используется лишь инструментально, каждый ее участник проделывает молчаливую аутотерапию, идентифицируясь с говорящим, осознавая фрагментированные части своего «Я». Возникновение и удовлетворение потребностей рассматривается в Г. как ритм формирования и завершения гештальтов; по существу, вся Г. сводится к завершению незаконченных дел. Удовлетворение потребностей, функционирование мотивационной сферы осуществляется с помощью саморегуляции; психотерапевтическая работа проводится «здесь и теперь», поскольку саморегуляцию можно осуществлять только в настоящем; внимание уделяется развитию у клиента готовности принимать решения и делать выбор; внимание уделяется языку тела, невербальной коммуникации. В центре внимания — «что и как?», а не «почему?». Клиент должен постоянно осознавать, что происходит с ним в данный момент. Ему предлагается рассматривать себя как активного субъекта, а не как пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи. Осознание чувств, телесных ощущений способствует ориентации человека в самом себе, в своих связях с окружением. Психотерапевт побуждает участников группы адресовать конкретные высказывания конкретным людям, побуждает непосредственное общение. Это способствует более непосредственной конфронтации клиента со значимым содержанием и переживаниями. Этому же способствуют специальные технические процедуры, которые называются «играми» (диалог между частями собственной личности, незаконченное дело, проективные игры, упражнения на воображение и др.). Инсайт («ага-переживание», эмоциональное осознание) — это момент самопостижения, когда что-нибудь «защелкивается» (по Ф. Перлзу), попадая на место. По мере эмоционального прояснения происходит прояснение интеллектуальное. Вследствие перестройки и реорганизации обобщенного образа своей психической ситуации клиент может начать демонстрировать затем новые формы поведения. Гештальт-фактор — любая стимульная ситуация, которая имеет тенденцию вызывать перцептивные образы целостности или единства (гештальта).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Гигиеническое воспитание и обучение (health education) — система образования, включающая в себя комплексную просветительскую, обучающую

и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни, как отдельных людей, так и общества в целом.

▸ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 7; *Elton Mayo*. The Social Problems of an Industrial Civilization. London: Routledge, 1949 // Эпидемиологический словарь / Под ред. Джона М. Ласта для международной эпидемиологической ассоциации. 4-е изд. М., 2009. С. 258

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Гипноз «активный ступенчатый» (греч. hypnos – сон) – гипнотический метод, основанный на сознательном последовательном управлении расслаблением (Кречмер Э.). В качестве теоретической модели Э. Кречмером было использовано положение о том, что гипноз может быть достаточно полно описан как проявление факторов расслабления, концентрации и сонливости.

В программе Г. а. с. пациенты сначала научаются полному расслаблению за счет представления ощущений тяжести и тепла (как и в аутогенной тренировке Й.Г. Шульца), а затем отрабатывается собственно гипнотическое погружение, для чего используется фиксация взгляда на световой точке. На заключительных этапах этого метода пациенты достигают возможности произвольной генерации ярких мысленных (эйдетических) представлений, содержание которых ставится в соответствие с определенными терапевтическими целями.

Следует помнить, что гипноз в лечебных целях обычно применяют специалисты, имеющие базовое медицинское образование, прошедшие постдипломную специализацию по психиатрии и получившие специальную подготовку в области гипноза.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Гипноз эриксоновский – гипнотическая методика (предложена М. Эриксоном, получила название «новый гипноз»), отличающаяся от традиционного гипноза отсутствием авторитарности в позиции гипнотизера.

Между терапевтом и пациентом, по мнению М. Эриксона, должны устанавливаться отношения сотрудничества. Терапевт ничего не навязывает пациенту – он создает условия, позволяющие пациенту использовать свои собственные ресурсы. Один из базовых принципов Г. э. заключается в том, чтобы «встречать пациента на его собственном уровне», что подразумевает, помимо всего прочего, использование того языка, на котором говорит пациент. В отличие от многих других видов психотерапии, в которых прежде чем работать с пациентом, его необходимо обучить специальному языку данного подхода, в Г. э. терапевт обучается языку пациента и использует его в терапевтических целях. В результате психотерапевтическая работа построена таким образом, что терапия осуществляется как бы самим пациентом. В основе Г. э. лежит представление о бессознательном как источнике ресурсов, как правило, недоступных в бодрствующем состоянии. Гипноз рассматривается как способ психологического функционирования, обеспечивающий доступ к этим ресурсам.

В состоянии гипнотического транса, который определяется М. Эриксоном как состояние повышенного осознания, человек способен осуществлять психологическое переструктурирование, позволяющее ему преодолеть выученные ограничения и использовать свой собственный незадействованный потенциал.

В отличие от традиционного гипноза, в котором используются в основном прямые внушения, в Г. э. используются косвенные внушения. Разработаны различные их виды: последовательность принятия, импликация (пресуппозиция), внушение посредством постановки вопросов, двойная связка, контекстуальное внушение, составное внушение, трюизм, внушение отсутствием упоминания, намек, внушение, связанное со временем. Используются также так называемые открытые внушения, к которым относятся мобилизирующее внушение, ограниченное открытое внушение и пр.

Эффективным инструментом Г. э. является метафора, которая представляет собой типичный пример «двухуровневого» языка: одно значение – явное – адресуется сознанию, другое – скрытое –

бессознательному. Метафора может быть принята или не принята пациентом на бессознательном уровне; если она принята, то запускаются бессознательные процессы, в конечном итоге приводящие к разрешению проблемы.

В гипнотическом трансе выделяется ряд последовательных стадий, совокупность которых определяет «микродинамику» транса: 1) фиксация внимания (на этой стадии фиксируется сознательное внимание пациента); 2) депотенциализация сознания (осуществляется «переключение» на гипнотический способ функционирования с использованием замешательства, насыщения, удивления или психологического шока); 3) запуск бессознательного поиска (с помощью внушений инициируются бессознательные процессы); 4) бессознательный процесс (осуществляются бессознательные процессы, инициированные на предыдущей стадии); 5) гипнотическая реакция (возникают характерные для гипнотического транса явления). На практике эти стадии не отделены строго друг от друга и могут пересекаться.

В традиционном гипнозе принято считать гипнабельными около 30 % людей; в Г. э. проблема гипнабельности снимается: практически каждый человек может быть введен в гипнотический транс, поскольку так называемое сопротивление также используется в качестве элемента терапевтической ситуации.

Если в традиционном гипнозе пациент находится «под гипнозом», то в Г. э. он находится «в гипнозе» (Келе Ж.). Г. э. считается активным состоянием, во многих отношениях отличающимся от физиологического сна.

Г. э. могут практиковать после специальной подготовки специалисты с высшим психологическим образованием (специальность «Клиническая психология»).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.Р. Гинзбург

Глубинная психотерапия — вид психотерапии, в котором материалом для работы являются высказывания, образы, телесные ощущения, переживания пациента, относящиеся к ранним стадиям его развития, или к вытесненным частям его личности, или к содержанию коллективного бессознательного (Юнг К.Г.), или к трансперсональным слоям психики. Термин «глубинная» подчеркивает отличие от поведенческой психотерапии, в которой прорабатывается «поздний», «легкодоступный» опыт пациента. Г. п. может быть индивидуальной или групповой; интерпретативной, катарсической или суггестивной; психоаналитически ориентированной или не использующей техники психоанализа. Примерами Г. п. являются классический психоанализ и другие школы психоанализа, юнгианская терапия, индивидуальная психология, райхианский анализ, биоэнергетический метод, первичная терапия, интерактивная психотерапия, холотропная терапия, ребефинг, классический и эриксоновский гипноз, сенсомоторный психосинтез и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Групповая психотерапия — использование закономерностей межличностного взаимодействия в группе для лечения и достижения физического и психического благополучия человека. Элементы Г. п. прослеживаются в течение веков. Г. п. в собственном смысле слова возникла в 1904–1905 гг. в России и США (Вяземский И.В., Прэтт Дж.). В советский период Г. п. развивалась в рамках ее клинического применения в лечении неврозов, алкоголизма, наркомании и ряда соматических (телесных) заболеваний (Бехтерев В.М. и др.). В группе специально подобранных пациентов врач-психотерапевт разъясняет им сущность патологического процесса, обосновывает прогнозы на выздоровление, проводит, например, обучение аутогенной тренировке, релаксации и др. Г. п. может включать обучение пациентов интерпретации симптомов и особенностей собственного поведения и др.; предусматривает организацию психологического тренинга, повышение уровня коммуникативной компетентности, развитие техники общения.

По характеру объекта психотерапевтического воздействия выделяют: а) семейную психотерапию, предусматривающую одновременную работу с родителями, детьми и родственниками; б) Г. п. в условиях совместной деятельности в различного рода психогигиенических объединениях; в) игровую психотерапию и др.

Главные показания к Г. п.: наличие неврозов с нарушением социальных связей (семейных, производственных), с трудностями в области общения и социальной адаптации; первые стадии алкоголизма, наркомании, психосоматических заболеваний и др. Г. п. психических заболеваний используется в процессе реабилитации (например, для восстановления работоспособности) больных; сочетается с трудотерапией, лечением занятостью, развитием самодеятельности и самоуправления в условиях группы.

Теоретическую базу Г. п. составляют различные теоретические подходы к изучению групповой динамики (Роджерс К., Морено Дж. и др.). К характеристикам групповой динамики относятся: цели и задачи группы; нормы группы; структура группы, групповые роли и проблема лидерства; групповая сплоченность; напряжение в группе; актуализация прежнего эмоционального опыта; формирование подгрупп, фазы развития психотерапевтической группы. Управление групповой динамикой предполагает использование технических приемов, направленных на изменение межличностных отношений в группе; специфика групповой психотерапии заключается в целенаправленном использовании групповой динамики в лечебных, психотерапевтических целях.

В отечественной психологии есть опыт построения Г. п. на основах социальной психологии (Петровский А.В.), рассматривающей психотерапевтическую группу как многоуровневую структуру межличностных отношений, обусловленных содержанием совместной деятельности. Так, установлено, что в процессе работы с пациентами в условиях Г. п. наблюдаются фазовые изменения взаимоотношений членов психотерапевтической группы и психотерапевта – последовательные изменения отношений между членами психотерапевтической группы, приводящие к сближению целей деятельности психотерапевта и индивидуальных целей его клиентов (подход предложен и экспериментально подтвержден А.В. Петровским в 70-х гг. XX в.). Выделено четыре этапа динамики психотерапевтической группы: 1) первоначально каждый член группы рассматривает всех других участников в качестве конкурентов, препятствующих максимальному сосредоточению внимания психотерапевта лично на нем; 2) в результате организации психотерапевтом эффективного общения с каждым его членом другие участники психотерапевтического процесса начинают выступать в качестве средства, с помощью которого он может себя реализовать и осуществить процесс самоопределения; 3) при правильной организации групповой психотерапии у членов группы возникает стремление оказать содействие, помощь другим участникам; таким образом, каждый становится целью активной деятельности для каждого в группе; 4) вследствие совместной групповой психотерапевтической деятельности усиливаются эмоционально положительные отношения внутри группы, и каждый член группы может выступать в качестве своего рода ценности для других.

Поскольку вхождение в две последние фазы совпадает с общей целью психотерапевта обеспечить наиболее благоприятный климат для осуществления задач психотерапии, цели и ценности участников группы и психотерапевта практически совпадают. В задачи Г. п. входит формирование у участников процесса ценностных взаимоотношений и способности оказывать помощь друг другу, при этом осуществляя позитивную персонализацию (т. е. изменение эмоциональных и смысловых состояний другого человека) и тем самым трансформируя свою личность.

Г. п. используется и для преодоления группового аутизма (термин предложен Гарднером Мерфи для обозначения общей тенденции группы индивидов развивать и поддерживать какое-то конкретное убеждение или мнение, связанное с удовлетворением определенных потребностей группы, хотя оно и не соответствует объективной действительности). Общие принципы групповой психотерапии в настоящее время используются при организации групповых форм интенсивного обучения, в частности, иностранным языкам.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

А.В. Петровский

Групповая телесно-ориентированная психотерапия (биоэнергетический метод) – неорайхианский метод групповой телесно-ориентированной психотерапии, разработанный А. Лоуэном и Дж. Пьерракосом. Г. т.о. п. лечения неврозов основывается на концепциях и методиках райхианского анализа;

включает в себя следующие идеи Райха: о функциональной тождественности психических защитных механизмов и хронических мышечных напряжений; о многоуровневой структуре телесного панциря; о взаимосвязи между блокированием энергии на физическом уровне и подавлением эмоций на психическом уровне; об изменении структуры невротического характера через расслабление мышечного панциря и использование для этого вегетотерапевтических методик.

Основными нововведениями Г. т.о. п. являются: энергетическая теория неврозов; классификация типов характера и типов «телесной брони»; разработка психотерапевтических техник для разных типов характера клиентов; применение напряженных поз; разработка понятия «почва под ногами»; использование телесной терапии в условиях группы. Значительным теоретическим дополнением к райхианскому подходу, анализирующему структуру мышечного панциря, является разработанная в рамках Г. т.о. п. классификация возможных типов индивидуальных психических установок (невротических характерных черт, по В. Райху) и защитных стилей поведения, укорененных в соответствующих паттернах хронических мышечных зажимов (типах телесной брони). А. Лоуэн предлагает прорабатывать наиболее напряженные в момент терапии части тела, советуя обращать особое внимание на зажимы в ногах и стопах и на установление прочного контакта с «почвой под ногами». В дополнение к глубокому дыханию, которое В. Райх использовал для энергетизации хронических мышечных зажимов, в Г. т.о. п. для этой же цели используются специальные напряженные позы (арка Лоуэна, кольцо Лоуэна, прогиб таза и др.). Это позволяет, не прибегая к интенсивному дыханию, целенаправленно воздействовать на ту или иную область мышечной брони. Правильное выполнение напряженной позы и сохранение ее в течение определенного времени приводит к генерированию особых телесных ощущений (дрожание, вибрация, покалывание), которые являются показателем высвобождения энергии из соответствующих мышечных зажимов. В Г. т.о. п. глубокое дыхание и удерживание напряженной позы может применяться совместно.

Одно из ключевых понятий Г. т.о. п. — «почва под ногами» — представляет собой «телесную метафору» психоаналитического принципа реальности. Наряду с райхианским анализом Г. т.о. п. А. Лоуэна и Дж. Пьерракоса является основным методом современной телесно-ориентированной психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Групповой психоанализ — одновременное лечение группы людей, основанное на использовании совокупности психоаналитических методов, направленных на избавление пациентов от психических травм и конфликтов.

Систематическое использование Г. п. началось на рубеже и продолжалось в течение 20-х гг. XX века. Первые серьезные попытки использования Г. п. предприняли А. Адлер, Т. Барроу, Р. Дрейкурс, Э. Лазелл, Дж. Морено, К. Оберндорф, Л. Уэндер, П. Шильдер и др. Получивший значительное распространение и популярность термин «групповой анализ» (в значении «Г. п.») ввел в оборот в 1925 г. психоаналитик Т. Барроу.

По Э. Берну, в настоящее время преимущественно используются три вида Г. п.: 1) психоаналитическая групповая терапия (распространенный вид группового лечения, использующий идеи, принципы и приемы классического психоанализа); 2) групповая аналитическая терапия (уделяющая особое внимание соотнесению всего происходящего в группе с состоянием всей группы и составляющих ее индивидов); 3) групповая терапия взаимодействия (фокусирующая внимание на анализе взаимодействия между пациентами в целях оказания на них соответствующего влияния, в том числе посредством специальных игр).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Дерефлексия (лат. de — приставка, обозначающая отделение, и reflexio — отражение) — психотерапевтический прием, заключающийся в том, что пациент, страдающий от того или иного функционального симптома, ставит для себя задачу смириться с ним, воспринимая его как неустранимое зло. В ситуации, вызывающей проявление симптома, следует переключить свое внимание с нарушенной функции на другую деятельность, придавая ситуации новый смысл (ситуация благодаря этому перестает

восприниматься как еще одна попытка избавиться от симптома, а рассматривается как возможность по-новому быть в ней) (Франкл В.).

В. Франкл иллюстрирует этот прием симптомом вагинизма, при котором женщина получает от логотерапевта инструкцию переключиться с ожидания удовлетворения ее самой на удовлетворение мужчины и воспринимать эту ситуацию в контексте нового смысла (семейное благополучие, а не эгоцентрическое стремление к удовольствиям).

В качестве механизма действия этого приема рассматривается смена «гиперинтенции на эмоции» (когда только эмоции выступают как основная ценность), на «трансценденцию», под которой понимается ориентация на предметные отношения и общечеловеческие ценности. При этом не только снимается субъективная болезненность функциональных симптомов, но и они сами из-за перемещения внимания на другие процессы могут быть устранены. Данный прием имеет много общего с «разобусловливанием» в классической теории научения, при котором достаточно долгое неподкрепление условного рефлекса приводит к его угасанию.

Наиболее эффективен данный психотерапевтический прием при ипохондрической симптоматике, при которой органические процессы оказываются в центре повышенного внимания пациента.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
И.М. Кондаков

Десенсибилизация (в психотерапии) (лат. de – приставка, обозначающая отделение, и sensibilis – чувствительный) – психотерапевтическая методика, используется в поведенческой терапии для уменьшения тревоги по отношению к некоторым пугающим объектам или ситуациям. Клиенту, находящемуся в расслабленном состоянии, предъявляется серия стимулов, сходных со стимулом, вызывающим беспокойство, до тех пор пока реакция беспокойства окончательно не угасает. Методика подверглась критике со стороны психоаналитически ориентированных теоретиков с точки зрения замещения симптома, признака.

Имажинальная Д. – подход в бихевиоральной психотерапии, при котором в воображении постепенно развивается терпимость к раздражителям, ранее вызывавшим страх. Д. *in vivo* напоминает собой имажинальную Д., но требует реального предъявления человеку того, что вызывает у него страх.

Взаимное торможение в систематической Д. – это соединение несовместимых реакций с целью подавления одной из них.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Децентрирование (в психотерапии) – способ выхода за границы собственных представлений с помощью воображения или логики (например, представляя, как выглядело бы конкретное событие с точки зрения другого человека).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Директивное и недирективное поведение психотерапевта (англ. direct – прямой) – классификация различных методов психотерапии в зависимости от демонстрации психотерапевтом директивного или недирективного ролевого поведения. Данный критерий оценки взаимоотношений «психотерапевт – пациент» отражает аспект власти, а значит, и ответственности за ход и результаты лечения.

При директивном поведении психотерапевта используется его авторитет, который позволяет занять доминирующую активную позицию. Психотерапевт жестко контролирует ход сеанса, задает вопросы, интерпретирует ответы клиента, дает ему рекомендации (например, психотерапевт, работающий в контексте поведенческой терапии, составляет для своего клиента подробную программу для модификации его поведения).

Недирективное поведение психотерапевта предполагает, что в общении с клиентом он слушает, проявляет эмпатию, гибок в своей тактике и с уважением относится ко всем требованиям клиента, создает для него атмосферу безопасности. Такое поведение является основой терапевтического союза, или рабочего альянса (в психодинамической психотерапии), партнерства (в личностно-ориентированной психотерапии). Эта форма общения продуктивна, когда речь идет о коррекции и изменении личности клиента в направлении большей самостоятельности и ответственности в лечебном процессе

и при решении проблем его обыденной жизни. При недирективной постановке вопросов преобладают темы, которые привносит клиент. Недирективное поведение психотерапевта наиболее ярко представляет триада (качеств психотерапевта) К. Роджерса: эмпатия, принятие и аутентичность.

Для психотерапевта полезно оптимальное и гибкое сочетание этих двух полярных форм ролевого поведения, смена их в зависимости от особенностей личности клиента и его жизненной ситуации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Дистанционное психологическое консультирование – получение квалифицированной психологической помощи через сеть Интернет в режиме онлайн.

Преимущества виртуальной психологической помощи:

1) возможность консультировать клиентов на отдаленных расстояниях;

2) анонимность при необходимости для клиента;

3) привлекательность консультирования через Интернет для детей и молодежи;

4) низкая себестоимость рабочего места психолога;

5) возможность проводить консультации мобильно – с помощью планшетных компьютеров и смартфонов;

6) возможность принимать более обоснованные решения за счет привлечения при необходимости дополнительных экспертов, находящихся в отдалении;

7) возможность для групповых форм работы с клиентами, находящимися на расстоянии друг от друга и от тренера;

8) создание архива консультирующего психолога, который он может использовать для супервизии своей работы.

Технические требования к дистанционному консультированию:

1. Оптимальная конфигурация персонального (или планшетного) компьютера и оборудования для видеоконференций.

2. Гарантированная высокоскоростная услуга связи или выделенные каналы связи, особенно для сеансов видеоконференций.

3. Стабильное и надежное электропитание телекоммуникационного оборудования и видео-конференц-связи.

4. Оптимальные шумо- и эхо- поглощающие особенности помещения, в котором будет установлено оборудование видео-конференц-связи.

5. Корректная настройка телекоммуникационного оборудования и видео-конференц-связи по обслуживанию качества услуги связи.

6. Правильное расположение оборудования видео-конференц-связи по отношению к световому фону помещения.

7. Техническое сопровождение и подписка на обновление оборудования через сертифицированного производителем поставщика.

8. Компетентный обслуживающий технический персонал.

Интенсивное развитие за последние десятилетия информационных технологий (технологий хранения, обработки и передачи информации) на сегодняшний день позволяет быстро, эффективно и с небольшими затратами передавать текстовую, звуковую и графическую информацию на любое расстояние и в любое время. Тенденции развития техники позволяют предположить, что уже в обозримом будущем станет возможным с приемлемым качеством передавать тактильные, кинестетические и даже обонятельные сигналы, так же как теперь передаются зрительные и звуковые.

В настоящее время существуют следующие основные формы дистанционной психологической помощи:

1. Интернет-форумы. Сообщения на форумах могут просматриваться в различных форматах и содержать вложения («прикрепленные» к сообщениям файлы различного типа). Участники, подписавшиеся на форум, могут получать копии сообщений на свой адрес электронной почты.

2. Телеконференции проводятся в режиме реального времени и более всего соответствуют традиционному обучению «глаза в глаза», однако требуют специального оборудования (в связи с тем что в настоящее время в России имеется ощутимый недостаток развития каналов связи, телеконференции имеют ограниченное применение).

3. Видеотелефония. Использование для индивидуальных консультаций программ: Skype, ICQ, ooVoo, Windows Live Messenger, Google Hangouts,

Mail.ru Агент и т. д., позволяющих передавать голос и изображение с помощью стандартных персональных компьютеров, ноутбуков, планшетных компьютеров и смартфонов, имеющих видеокамеру и микрофон.

4. Вебинары – облегченная, самая популярная в настоящий период разновидность веб-конференции с целью проведения онлайн-встречи или презентации через Интернет в режиме реального времени с одним и более клиентами. Во время вебинара каждый из участников находится у своего компьютера, связь между ними и психологом поддерживается через Интернет посредством загружаемого приложения, установленного на компьютере каждого участника, или через веб-приложение. Этот дистанционный способ является наиболее удобным средством психологической помощи сразу нескольким пользователям.

Система онлайн интернет-консультирования представляет собой группу технологических программ и проектов, позволяющих организовать закрытые, индивидуальные и групповые консультации в рамках отношений «клиент(ы) – специалист». Все профессиональные специалисты проходят супервизию. Известны следующие способы и технологии, доступные для дистанционного консультирования:

а) совместный доступ к экрану или отдельным приложениям (screen sharing);

б) планирование встреч и приглашение участников;

в) интерактивная доска (whiteboard);

г) демонстрация презентаций;

д) синхронный просмотр веб-страниц (co-browsing);

е) аннотация экрана;

ж) мониторинг присутствия участников;

з) текстовый чат;

и) возможность менять ведущего;

к) возможность отдавать контроль над «мышью» и клавиатурой;

л) модерация онлайн-встреч;

м) запись хода веб-конференции.

Психологическое интернет-консультирование позволяет осуществлять интеграцию специалистов разных направлений психологии как между собой, так и в целях оказания быстрой, квалифицированной психологической помощи широкому спектру клиентов. Одновременно на одном профессиональном сайте могут консультироваться несколько десятков или даже сотен людей. Система дистанционного психологического консультирования позволяет участвовать в консультационных интернет-проектах большому количеству специалистов, в том числе из разных городов, работающих в русле различных психологических школ и течений. Клиенты имеют возможность выбрать того профессионала, который им ближе по стилю (содержанию) работы. Система психологического интернет-консультирования в настоящее время открыта и доступна каждому – как специалистам, так и клиентам.

▸ *Дебольский М.Г.* Суициды в местах лишения свободы и возможности их профилактики с использованием дистанционных технологий / Материалы III Международной научно-практической конференции «Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение)». М., 2013. С. 66–71; *Меновщиков В.Ю.* Психологическая помощь в сети Интернет. М., 2007; *Лебедева С.В., Рубцов А.В.* Виртуальная психологическая служба: функциональные задачи и особенности организации // Психологическая наука и образование. 2002. № 1. С. 87–97.; *Чулкова А.В.* Цифровые технологии в развитии коммуникативной деятельности дошкольников // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. 2013. Ч. III. № 13(272), С. 146–155

С.А. Шевцов

Долгосрочная психотерапия – психотерапевтический процесс (курс лечения превышает 40–50 сеансов), не имеющий фиксированного конца, может длиться несколько лет. Д. п. сосредоточивает внимание на прошлом клиента (в то время как краткосрочная психотерапия сфокусирована на заявленном клиентом конфликте и в большей степени опирается на его способность самому делать обобщения). Психотерапевтические занятия обычно проводятся два-три раза в неделю (в отличие от одного сеанса в неделю при краткосрочной психотерапии). Количество и продолжительность встреч зависит от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе всего психотерапевтического процесса. Так, выделяют следующие критерии завершения психодинамической психотерапии: 1) клиент чув-

ствует ослабление симптомов, симптомы воспринимаются как нечто чуждое; 2) осознает свои характерные защитные механизмы; 3) способен понять и признать свои типичные реакции переноса; 4) продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. В идеальном случае вопрос о завершении работы поднимает сам клиент, однако его может поставить и психотерапевт, анализируя рассуждения и переживания клиента по этому поводу. Дата завершения работы устанавливается по взаимному согласию психотерапевта и клиента заранее (иногда за несколько месяцев, за полгода).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Заболеваемости предотвращенная доля (preventedpopulationfraction) среди населения — доля гипотетического количества заболеваний в популяции, которая была предотвращена вследствие того, что все население было подвержено действию определенного фактора. Предполагается, что воздействие этого фактора в определенной ситуации предохраняет от болезни (или другого исхода). К З. п. д. следует подходить осторожно, так как видимый защитный эффект частично или полностью может быть вызван другими факторами, связанными с очевидным защитным фактором. В исследовании популяции З. п. д. подсчитывается как (Iu - Ip) / Iu или Pe (1 - RR = относительный риск), где Ip — частота встречаемости болезни в популяции и Iu — частота встречаемости болезни среди лиц, не подвергающихся действию данного фактора, Pe — превалентность воздействия, RR — относительный риск.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 66

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — а) способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей; б) поведение, укрепляющее или поддерживающее здоровье с объективной и субъективной точек зрения.

Термин заимствован из зарубежной литературы. В нашей стране длительное время представления о ЗОЖ и профилактике заболеваний были прежде всего связаны с гигиеной (А.П. Доброславин, Ф.Ф. Эрисман — родоначальники отечественной гигиены).

Цель формирования ЗОЖ — сохранение и укрепление здоровья; для этого необходимы: а) изменение отношения индивидуума и общества в целом к состоянию личного (через него и общественного) здоровья; б) создание, усиление, развитие, стимулирование позитивных для здоровья факторов; в) преодоление, уменьшение воздействия факторов риска. Понятие «ЗОЖ» прежде всего ориентировано на конкретного человека: а) выявление факторов риска у индивидуума; б) разработка конкретных программ для снижения потенциального вреда здоровью; в) изменение отношения индивидуума к состоянию собственного здоровья; г) осмысление здоровья как основополагающей человеческой ценности. Основные правила культивирования ЗОЖ: а) последовательность с постепенным переходом от простого к сложному, б) систематичность и регулярность, в) умеренность во всем.

В последние десятилетия основными причинами смертности стали болезни, в которых важную роль играет поведение: инфаркт миокарда, рак, цирроз печени, травмы, несчастные случаи, убийства и отравления. Сложились представления о первостепенной роли здоровьесберегающего поведения индивидуума в профилактике неинфекционных заболеваний. Группа американских специалистов (1982) пришла к выводу, что примерно половина смертельных исходов обусловлена нездоровым образом жизни, около 20 % — факторами внешней среды, 20 % — биологическими факторами и 10 % — несовершенством здравоохранения; опыт последних 30 лет убедительно показывает, что особенности индивидуального поведения оказывают влияние на здоровье. Именно поэтому одно из важнейших направлений в области укрепления здоровья — стимулирование положительных сдвигов в поведении и образе жизни людей на индивидуальном уровне. Главное в образе жизни человека — то, как он живет, каковы основные способы и формы жизнедеятельности, ее направленность. Зарубежными специалистами разработана концепция роли больного, изучается поведение, связанное со здоровьем; учитываются понимаемые человеком выгоды от «правильного» поведения, минус затраты на риск и на некоторые связанные с таким поведением неудобства (иногда

дополнительные затраты времени, смена привычных поведенческих стереотипов и пр.). Основная идея нового здравоохранения – поддержание ЗОЖ.

В последние годы стала складываться парадигма ЗОЖ как неотъемлемой части профилактической медицины, которая тесно связана с психогигиеной, клинической психологией (последняя, исследуя психологические аспекты здоровья, в рамках доказательной психологии выявляет и анализирует психологические, в том числе личностные, факторы ЗОЖ, а также разрабатывает технологии психологического вмешательства с целью переориентации поведения личности в направлении здоровья, формирования недостающих у нее знаний, умений, психологических компетенций). Вклад отечественной психологической школы в понимание ЗОЖ с каждым годом увеличивается.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / Под ред. Н.Д. Ющука, И.В. Маева, К.Г. Гуревича. М.: Перо, 2012.

Н.Д. Творогова

Здоровый образ жизни (в философии) – понятие, конкретизирующее форму человеческой (групповой или индивидуальной) жизнедеятельности, стратегическую установку людей на сохранение и приумножение своего здоровья.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) людей зависит от экономического состояния и уровня культуры конкретного общества и человека. Образ жизни людей в немалой степени зависит и от психологических особенностей самого человека, его воли, темперамента, характера, склада мышления и т. д. ЗОЖ – это «тонкий вкус, который обнаруживает меру в желаниях, делает потребление полезным и рассчитанным на долгие годы» (Кант).

Интерес к проблеме ЗОЖ в философии науки и медицины заметно возрос в настоящее время, когда в контексте глобализации жизни человечества со всей остротой встал вопрос о смене парадигмы общественного здоровья из-за возникновения системных кризисов в области экологии, энергетических ресурсов, обострения социальных отношений и т. д. Ныне активно обсуждается в научно-философской среде тема будущего в судьбе формирующихся образов жизни постэкономических людей XXI в. Предполагается, что высшей ценностью их жизнедеятельности должно стать стремление к творчеству: научному, художественному и пр. Предлагается именно творчество во всех сферах жизни личности считать основным критерием оценки ее образа жизни как здорового.

▸ *Асмус В.Ф.* Иммануил Кант. М., 1973; *Кант И.* Критика практического разума. М., 2004; Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992

Ю.М. Хрусталев

Здоровьем управление на основе теории функциональных систем П.К. Анохина – применение информационно-коммуникационных технологий (социальных сетей и современных образовательных онлайн-технологий) для оценки и управления системными показателями здоровья человека.

П.К. Анохин ввел понятие «информационный эквивалент действительности», согласно которому в функциональных системах постоянно циркулирует информация. В развитии этих представлений показано, что информация возникает в качестве отношения отклоненной величины адаптивного результата к значению его оптимального для жизнедеятельности уровня (Судаков К.В., 1999). Функциональные системы живых организмов строятся по иерархическому принципу (Судаков К.В., 2005), в соответствии с которым функциональные системы более высокого уровня иерархии программируют деятельность нижестоящих функциональных систем атомарного, генетического, молекулярного, гомеостатического и организменного уровней. Эти функциональные системы являются субординационными по отношению к системам популяционного, психического, социального и более высокостоящих уровней. Исходя из теоретических предпосылок теории функциональных систем, индивидуальное здоровье человека в значительной степени определяется системами более высокого уровня.

В связи с повсеместным распространением информационно-коммуникационных технологий в последние годы: а) существенно возрос интерес к информационной стороне общественного здоровья (Christakis N.A., 2007, 2010, 2011, 2012; Pentland A., 2004, 2005, 2010, 2011, 2012; Kraft D., 2012); б) произошло снижение уровня внимательности человека к параметрам собственной физиологической деятельности, снижение ответственности за собственное здоровье. В совокупности с этим увеличивающиеся скорость и плотность ежедневного информационного потока,

социально-политические преобразования последнего времени, экологическое неблагополучие неизбежно ведут к росту стрессорной напряженности современного человечества и эпидемии неинфекционных, в первую очередь психосоматических, заболеваний (Lim S.S., 2012).

С появлением современных информационно-коммуникационных технологий, в частности сети Интернет и поисковых систем, открылись возможности использования данных каналов связи для обмена между пользователями сети сведениями об информационных эквивалентах потребности и результата действия. Создана специальная компьютерная модель системной организации пользователей, имеющих идентичные заболевания, похожих по условиям жизни, поведенческим привычкам, социальным занятиям. Объединение индивидов в функциональную систему определяется их общей потребностью в поддержании здоровья. В такой социально организованной функциональной системе, наряду с индивидуальным представительством каждого пользователя, формируется обобщенный социально значимый информационный акцептор результата действия, строящийся на компьютерной социальной сети. Данная системная организация направлена на получение знаний о собственном здоровье и здоровье похожих пользователей. Наличие одинаковых проблем со здоровьем создает схожую мотивацию пользователей на их устранение. Это дает им возможность взаимодействовать по близким программам действия и обогащать объединенный аппарат акцептора результата действия функциональной системы и их индивидуальные акцепторы результата действия. В модели предусмотрено участие медицинских специалистов и психологов, которые вносят в нее необходимые рекомендации, которые в дальнейшем используются другими участниками системы. Деятельность пользователей в системе приводит к удовлетворению их потребности в информации и нахождению подобных им пользователей, что сопровождается информационными сигналами в виде положительных эмоций. Конечным результатом деятельности модели является общественное здоровье популяции, объединенной в предлагаемую функциональную систему.

Принципы создания модели общественной функциональной системы на основе теории функциональных систем: а) социальная система управления здоровьем строится на основе принципа иерархии функциональных систем; б) создание общественной функциональной системы управления здоровьем с обобщенным в ней информационным акцептором результата действия происходит благодаря результативному взаимодействию пользователей системы, основанному на личных мотивациях; в) обратное влияние предлагаемой модели и, главным образом, обобщенного информационного акцептора результата действия приводит к повышению результативности функциональной системы за счет обмена информацией между пользователями.

Для исследования результата деятельности компьютерной модели общественной системы управления здоровьем (оценки ее востребованности, частоты использования) применен метод графического анализа структуры и динамики социальной сети, количественная и качественная оценка узловых информационных потоков, метод стандартного демографического и географического анализа структуры базы пользователей с помощью средств Google Analytics. Апробация в течение года компьютерной модели показала, что применение современных информационно-коммуникационных и образовательных технологий на основе теории функциональных систем П.К. Анохина позволило создать эффективную компьютерную информационную модель для сохранения здоровья популяций.

▸ *Анохин П.К.* Кибернетика функциональных систем: избранные труды. М.: Медицина, 1998; *Судаков К.В.* Рефлекс и функциональная система. Новгород: Изд-во НовГУ, 1997

Д.А. Шаменков

Здоровья индекс (health index) – количественный показатель здоровья популяции, получаемый с помощью специальной сложной формулы. Компонентами этой формулы могут быть «показатель младенческой смертности», «относительная инцидентность» для специфической болезни или другой индикатор здоровья.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 71

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровья мониторинг – наблюдение и анализ состояния здоровья прикрепленного населения и его

отдельных целевых групп по информации, представляемой отделом статистики (заболеваемость по обращаемости, в том числе по отдельным классам и группам заболеваний, полу, возрасту, включая временную утрату трудоспособности, заболеваемость по результатам профосмотров, выход на инвалидность, смертность и др.), и данным, предоставляемым подразделениями профилактики (выборочные данные по отнесению лиц к различным группам здоровья, по структуре имеющихся рисков для здоровья).

▸ *Сквирская Г.П., Ильченко И.Н., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е.* Практические рекомендации «Структурно-организационная модель профилактической деятельности амбулаторно-профилактических учреждений и специалистов». М., 2009

Ю.Е. Абросимова

Здоровья населения охрана — интегрированный подход к охране здоровья населения; это современная стратегия по укреплению здоровья на уровне индивидуума, семьи, группы населения и общины, направленная на контролирование факторов риска, которые повышают вероятность развития основных заболеваний.

▸ Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (4-я ред.) / Под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. Москва, 2008. С. 28

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровья охрана (health protection) — совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, семьи и общества в целом, поддержание активной долголетней жизни, предоставление медицинской лечебно-профилактической помощи.

Технологии по охране здоровья — совокупность и порядок мероприятий, включающих методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, необходимые для оказания помощи пациенту.

Охрана здоровья предполагает межсекторальную координацию — совместные скоординированные действия организаций различных ведомств на федеральном, региональном и местном уровнях (в частности, координацию медицинских и психологических организаций), предполагает совместную работу специалистов разного профиля.

▸ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 13

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровья потерянного показатели (health gap) — общий термин для нескольких индикаторов потерянной продолжительности жизни с учетом состояния здоровья. Эти индикаторы могут различаться в зависимости от избранного или подразумеваемого желаемого состояния или нормы для популяции, от определения различных категорий состояния здоровья и от используемых весовых коэффициентов к ним, от включения или исключения из анализа других величин, помимо состояния здоровья. В отличие от ожидаемой продолжительности здоровой жизни эти показатели можно рассчитать для специфических причин заболеваемости и смертности. Так, «потенциальное количество потерянных лет» и «ожидаемое количество потерянных лет» вычисляются на основании произвольной цели (продолжительности жизни) или из таблиц смертности, при этом каждый год оставшейся жизни имеет равный удельный вес; показатель «годы жизни, скорректированные на инвалидность» присваивает годам оставшейся жизни различный вес.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 72

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здоровья продвижение (health promotion) — 1) ВОЗ ввела термин «укрепление (продвижение) здоровья» как социальные, экономические и другие аспекты здоровья, направленные на улучшение жизни человека; 2) мероприятия, которые позволяют людям усилить контроль над собственным здоровьем и улучшить его через обучение и формирование отношения к здоровому образу жизни и здоровому поведению, а также через создание условий и стимулов для заботы о собственном здоровье. Охватывает все население и касается повседневной жизни людей, а не направлено на конкретных лиц с

повышенным риском определенных заболеваний; меры, направленные на детерминанты или причины болезней.

Укрепление здоровья – многофакторный и многосторонний процесс. Его пути: а) информирование; б) обучение определенным навыкам поведения; в) усиление ответственности за свое здоровье; г) упрочение и расширение партнерских связей и контактов в интересах укрепления здоровья; д) обеспечение необходимой для здоровья инфраструктуры; е) формирование соответствующей государственной политики. Цель – повышение ответственности индивидуума за собственное здоровье и изменение мотивации поведения.

В отечественной литературе употребляется выражение «пропаганда здорового образа жизни», которое соответствует образовательному компоненту 3. п. Пропаганда, в частности, предполагает нацеленность на формирование потребности в здоровье – побуждение индивидуума к действиям, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоровья, профилактику заболеваний и других нарушений здоровья. Для достижения этой цели предполагается, что специалисты должным образом мотивированы. Мотивирование – 1) процесс побуждения работников к деятельности для достижения определенных целей; 2) система поощрения и санкций, создающих заинтересованность всего коллектива и каждого работника в эффективной деятельности.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 72; World Health Organization: Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO,1986; *Young T.K.* Population Health; Concepts and Methods. N. Y.: Oxford 2 University Press, 1998

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здравоохранение – 1) система организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, функционирование которых связано с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан, образованием медицинских работников на додипломном и последипломном уровне. Всемирная организация здравоохранения (создана в 1945 г.) – ключевая международная организация, работающая в области охраны здоровья; занимается вопросами статистики в области здоровья, обобщением мировых научных исследований в данной сфере, сотрудничеством по охране здоровья, выработкой рекомендаций и программных документов, и др. ;

2) система оказания отдельным людям или сообществам медицинскими сотрудниками и специалистами услуг, направленных на обеспечение, поддержание, мониторинг или восстановление здоровья (health care). Public health – система практических знаний и умений, направленных на охрану и улучшение здоровья населения при помощи организованных общественных усилий, а также профилактической медицины, санитарии и социологии. Здравоохранение не ограничивается медицинской помощью (medical care), которая подразумевает лечебные вмешательства, проводимые врачом или под его руководством. Иногда здравоохранение понимается шире и включает самопомощь.

▸ *Ласт Д.* Эпидемиологический словарь. М., 2009. С. 72; Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (4-я ред.) / Под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. Москва, 2008. С. 30

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здравоохранения информационное обеспечение – а) информация, найденная в ходе работ по удовлетворению информационных потребностей пользователя и представленная в виде, удобном для потребителя; б) систематизированная комплексная форма информации по определенному направлению деятельности здравоохранения, адаптированная к отечественной и международной информационной сети.

▸ *Сквирская Г.П., Ильченко И.Н., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е.* Практические рекомендации «Структурно-организационная модель профилактической деятельности амбулаторно-профилактических учреждений и специалистов». М., 2009

Ю.Е. Абросимова

Здравоохранения/здоровья общественного школа (school of public health) – организационная форма подготовки медицинских и немедицинских специалистов (психологов, педагогов, социальных работников, администраторов, журналистов, др.) по проблемам общественного здоровья / здравоохранения, преимущественно на последипломном уровне.

▸ *Сырцова Л.Е., Шестопалов Н.В., Аарва П., Калинина А.М.* Школы общественного здравоохранения. Научный обзор состояния и перспектив развития в России и за рубежом. М., 2000. 52 с.; Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (4-я ред.) / Под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. Москва, 2008. С. 31; Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 19

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Здравоохранения политика – 1) согласие, консенсус среди партнеров о том, какие проблемы надо решить и каким способом или с помощью каких стратегий это надо сделать (Муромцева Г.А., 2012. С. 12); 2) совокупность обязательств, решений и действий органов власти государства и общества, направленных на реализацию конкретных целей и задач по медико-санитарному обеспечению здоровья граждан.

▸ Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (4-я ред.) / Под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. М., 2008. С. 31

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Имидж организации, оказывающей психологическую помощь – 1) общее представление (состоящее из набора убеждений и ощущений), которое складывается у человека об организации (Даулинг Г., 2003); 2) сложившийся (сформированный) в группе действенный, эмоционально окрашенный образ объекта, наделенный определенными характеристиками, основанными на реальных или приписываемых перцептивных свойствах конкретного объекта, обладающих социальной значимостью для воспринимающего (Ободкова Е.А., 2007). Структура имиджа организации (И. о.) имеет иерархическое строение. Его обобщенная модель включает в себя следующую информацию (Ободкова Е.А., 2007): 1) внешняя атрибутика; 2) история организации, традиции; 3) финансовое положение; 4) имидж продукции; 5) имидж руководителя и его команды; 6) имидж персонала; 7) деловые коммуникации организации и персонала, особенности управления организацией; 8) рекламная известность.

Структура И. о. устойчива и универсальна (как у представителей различных групп, так и у организаций различных типов), а смысловое наполнение структуры различно и зависит от группы, «воспринимающей» И. о., и типа организации. Объектом имиджа являются люди, у которых создается определенное мнение относительно, например, отдельно взятой организации (фирмы). В роли «прототипа имиджа» может выступать любой объект, об имидже которого идет речь (например, медицинское учреждение). Аудитория имиджа – это та группа людей, у которых формируется мнение об объекте; она является групповым «носителем» мнения (например, мнения относительно организации). Субъектом имиджмейкинга является имиджмейкер (создатель имиджа). Цель, обычно стоящая перед ним, – образование у аудитории аттракции в отношении той или иной конкретной организации. Аттракция – конечная цель формирования положительного имиджа (от франц. attraction – притяжение и лат. attraho – притягивать к себе; это вольное или невольное психологическое притяжение человека к какому-либо объекту или ситуации).

Являясь феноменом индивидуального, группового или массового сознания, имидж соединяет внешние и внутренние характеристики объекта. Однако пропорция представленности этих характеристик в имидже может варьироваться. Имидж как символический образ-представление связан с реальностью (сущностными характеристиками объекта) в очень широком диапазоне: от раскрытия до полуправды, искажения и полного несоответствия реальным качествам носителя имиджа. Именно поэтому основная часть взаимодействий в обществе строится не на сущностном познании, а на основе сконструированного имиджа того или иного социального объекта, в частности той или иной организации (Петрова Е.А., 2005). Имидж может изменяться даже тогда, когда сам объект остается практически неизменным.

Каждый имидж может быть оценен в отношении его статусности, меры положительности и близости

к имиджреципиенту, а также может быть оценен в соотношении с другими имиджами (Петрова Е.А., 2005). Важный аспект корпоративного имиджа – каким образом организация позиционирует себя в отношении своих конкурентов.

Уже сформированный имидж является способом психологического воздействия на индивидуальное, групповое и массовое сознание (Журавлев Д.В., 2005); обладая большими регуляторными свойствами, оказывает влияние на поведение и отношения личности или группы (Богданов Е.Н., Зазыкин В.Г., 2004).

Образ организации переводит незнакомое в знакомое и тем самым выполняет функцию снижения тревожности, подкрепления правильности и неправильности в коммуникации (Липатов С.А., 1999). Личность интегрируется в организацию также в значительной степени с помощью имеющихся у нее социальных представлений об организации (Андреева Г.М., 2005).

Под внутренним И. о. понимают представления сотрудников о своей организации. Основными детерминантами внутреннего имиджа являются культура организации и социально-психологический климат (Блинов А.О., Захаров В.Я., 2003). Нередко существует расхождение между внешним (т. е. мнением в обществе) и внутренним И. о. (мнением, существующим внутри нее) (Петрулевич С.А., 2003).

Визуальный И. о. – представления об организации, субстратом которых являются зрительные ощущения, фиксирующие информацию об интерьере и экстерьере офиса, внешнем облике персонала, а также фирменной символике (элементах фирменного стиля) (Томилова М.В., 1998). На визуальный И. о. оказывают влияние индивидуальные (эстетический вкус), психологические и этнические (символика цвета в различных национальных культурах) особенности восприятия предметов, в том числе одежды, помещений и их оформления. Кроме того, визуальный И. о. находится под воздействием социальных факторов, таких как мода, мнение значимых других.

Социальный И. о. – представления широкой общественности о социальных целях и роли организации в экономической, социальной и культурной жизни общества. Социальный имидж формируется посредством информирования общественности о социальных аспектах деятельности организации.

Бизнес-имидж организации – представления об организации как субъекте определенной деятельности. В качестве основных детерминант бизнес-имиджа предпринимательских организаций выступают деловая репутация, или добросовестность/недобросовестность (соблюдение этических норм бизнеса) в осуществлении предпринимательской деятельности, а также деловая активность организации, индикаторами которой являются: объем продаж, относительная доля рынка, инновационность технологии и степень ее освоения, патентная защита; разнообразие предоставляемых услуг, гибкость ценовой политики, доступ к сбытовым сетям и пр.

Значимыми параметрами имиджа являются ценности, которые просматриваются через его внешнюю «оболочку», в контексте корпоративной культуры этой организации. В корпоративной культуре Э.Х. Шейн выделяет несколько уровней: а) поверхностный уровень – этикет и артефакты; б) более глубокий уровень – поведение, действия; в) ядро – мораль, убеждения, ценности. Предназначение и смысл существования организации выражаются в формулировке ее миссии (основной цели), а четкое направление движения организации представлено в описании видения своего будущего, своих перспектив. Именно на достижение этого видения настроены стратегические планы действий организации. Ясное понимание своего предназначения предполагает и формулировку того, какой ценой организация намерена реализовывать это предназначение, на что она может пойти для достижения своих целей и чего она никогда не предпримет. Формулировка организацией принимаемых ею ценностей создает сотрудникам понятные основы для принятия каждодневных решений при осуществлении действий, направленных на достижение заявленного будущего (ценности западного менеджмента: люди, профессионализм, лидерство, сотрудничество, ответственность, честность и др.). Общая стратегия, кадровая политика и степень ориентации на потребителя дают понять, в каком направлении и каким образом развивается организация (Даулинг Г., 2003). Таким образом, понимание движения организации в будущее создает основу для формирования индивидуальных и групповых ожиданий сотрудников этой организации и ее партнеров, для ее предсказуемости, надежности в общении с ней (Творогова Н.Д., 2005). Формирование

искомого имиджа, его концептуальная разработка предполагают формулировку миссии организации, видения ею своего будущего, ценностей, которыми она руководствуется в своих действиях. На продвижение именно этих составляющих имиджа должны быть направлены PR-акции организации.

Когда организация выстраивает свой благоприятный имидж именно изнутри, т. е. на основе своих реализуемых ценностей, политики, способностей, культуры и обязательств перед корпоративной аудиторией (а не только «на продажу», чтобы произвести впечатление), то у нее появляется возможность представить себя как организацию ответственную, уникальную, надежную, порядочную и достойную доверия. Поскольку и большинство людей также придерживаются этих ценностей, то созданный на этом фундаменте имидж можно превратить в хорошую корпоративную репутацию. Если удается достичь соответствия между ценностями аудитории и корпоративным имиджем, то хорошая репутация имеет шанс превратиться в супербренд, при наличии которого у человека наблюдается к организации чувство доверия, надежности и сопричастности (Rogers E.,1995).

И. о. – один из самых высоко оцениваемых активов, которым она обладает (Гришунина Е.В., 2006). Процесс превращения благоприятного И. о. в стратегический актив начинается внутри самой организации (Даулинг Г., 2003).

▸ *Кулешов Д.В.* Психология доверия вузу. М., 2014; *Творогова Н.Д.* Имидж // Психология управления. М., 2011

Д.В. Кулешов

Индивидуальная психотерапия – организационная форма, в которой психотерапевтический процесс протекает в диаде «психотерапевт – клиент». В организационном аспекте И. п. рассматривается в качестве альтернативы групповой психотерапии. Используется в рамках практически всех концептуальных направлений в психотерапии, которые определяют специфику И. п., ее цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между клиентом (пациентом) и психотерапевтом, длительность и другие переменные психотерапевтического процесса.

И. п. проводится одним психотерапевтом, двумя (биполярная терапия) или несколькими котерапевтами. Нередко И. п. является элементом комплексной терапии в сочетании с другими организационными формами (выделяют комбинированную терапию, совмещающую, например индивидуальную и семейную психотерапию).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Инсайт (в психотерапии) (англ. insight – проницательность, проникновение в суть) – мгновенное (а не в результате длительных поисков) решение клиентом проблемы, что обеспечивает переход к новой когнитивной структуре (новому пониманию прежде не осознаваемых связей между настоящим и прошлым), в соответствии с которой сразу же меняется характер поведенческих реакций.

Глубина И. может быть различной. Первый уровень – преимущественно интеллектуальное понимание: в сознании пациента возникает связь между своим состоянием и психотравмирующими факторами. Второй уровень – осознание пациентом связи между патогенной ситуацией и особенностями личности, позволяющее прояснить существование и содержание внутриличностного конфликта. Третий уровень – осознание связи между стереотипами личностного реагирования и внутриличностным конфликтом, психологической защитой, связанными с нарушенной системой отношений, сформировавшейся в процессе развития личности на разных жизненных этапах.

И. относительно собственной проблемы обычно достигается в ходе психотерапии в результате проработки этой проблемы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Интерактивная психотерапия (англ. interactive – взаимодействующие друг с другом) – метод глубинной психотерапии в измененных состояниях сознания. И. п. представляет собой психотерапевтический процесс, состоящий: 1) из предварительного обучения и формирования устойчивых навыков и приемов интерактивной рефлексивной работы с внутренней реальностью как в обычных, так и в измененных состояниях сознания; 2) цикла погружений в измененные состояния с активной вну-

тренней работой по специально разработанным методикам и подробным анализом и коррекцией использованных интерактивных стратегий после каждого погружения; 3) последующего индивидуального использования навыков интерактивной работы в обычном состоянии сознания в повседневной жизни (Россохин А.В., 1993). И. п. применяется в измененных состояниях, индуцированных с помощью различных психотехнических приемов, например интенсивного дыхания, гипнотического воздействия и т. п.

Теоретической базой И. п. служит разработанный в ее рамках интерактивный динамический подход к анализу взаимоотношений сознания и актуализирующихся в измененных состояниях ранее не осознававшихся образований психики. Интерактивный подход основывается на допущении, что целостное, сознательное «Я» и психическая структура бессознательного, вступающие во взаимодействие друг с другом в измененных состояниях, являются одновременно относительно самостоятельными и взаимозависимыми системами, способными влиять друг на друга и изменяться под таким влиянием. При этом обе эти взаимодействующие системы потенциально являются подсистемами нового, более целостного «Я», которое может возникнуть при их интеграции друг с другом. Взаимодействие сознательного «Я» и проявляющихся в измененных состояниях ранее не осознаваемых частей личности порождает всевозможные образы различной модальности, создавая богатую феноменологию. Эта феноменология зачастую отвлекает на себя все внимание субъекта, что происходит, например, в ходе трансперсональной психотерапии. Большинство техник трансперсональной психотерапии опираются на постулат С. Грофа о спонтанном и самопроизвольном достижении интеграции в измененных состояниях сознания, согласно которому достаточно войти в них, с полным спокойствием и принятием довериться происходящему внутреннему процессу, и проблемы будут разрешены. Такой подход, с точки зрения И. п., значительно активизирует процесс порождения эмоционально окрашенных образов, и психика субъекта попадает в еще большую зависимость от них. И. п. ориентирована не на полное принятие любых феноменов измененных состояний сознания и даже не на внутреннюю работу с ними (с возникающими телесными, визуальными, слуховыми образами), она направлена на осознание и перестройку таких взаимоотношений сознательного «Я» и проявляющегося в измененных состояниях ранее не осознаваемого комплекса, которые и порождают эти всевозможные образы. Активная внутренняя работа в И. п. направлена на поэтапное изменение патогенного стереотипа взаимодействия этих систем и на достижение оптимального интерактивного контакта-диалога между ними, который в результате приводит их к интеграции друг с другом (Россохин А.В., 1995). Новое, более целостное «Я», возникающее вследствие интеграции, становится свободным от прежних образов, порождавшихся существовавшим до этого расщеплением психики. После достижения нового уровня личностной интеграции феномены измененных состояний сознания качественно изменяются. Для восстановления утраченных частей личности и увеличения интеграции, сопровождающихся улучшением психического состояния и личностным ростом, в И. п. используются определенные стратегии рефлексивной работы – интерактивный диалог в измененных состояниях сознания. Интерактивный диалог включает в себя две психотехники, различающиеся для случаев взаимодействия с психическими комплексами, порождающими негативно заряженные внутренние переживания, и для взаимодействия с частями личности, символическая презентация которых имеет ярко выраженный позитивный оттенок.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Интерактивный диалог – практическая методика рефлексивной работы в измененных состояниях сознания, разработанная в интерактивной психотерапии. И. д. включает в себя две психотехники, различающиеся для случаев взаимодействия с психическими комплексами, порождающими негативно заряженные внутренние переживания в измененных состояниях сознания, и для взаимодействия с частями личности, символическая презентация которых имеет ярко выраженный позитивный оттенок (Россохин А.В., 1993).

1. И. д. при негативных переживаниях в измененных состояниях сознания заключается в поэтапной внутренней работе с самими процессами рефлексии, их перестройке в оптимальные с точки

зрения эффективности психотерапии интерактивные формы рефлексии. Первый этап – «встреча» (с целью лучшего отражения сути каждого этапа для их названий были использованы метафоры) – характеризуется внутренней работой, направленной на осознанное разрешение воспринять вытесненный ранее негативный опыт и помочь ему проявиться в сознании. Субъект, сохраняя активную рефлексию, направленную на встречу с негативным опытом, должен осознать необходимость взаимодействия с ним, для того чтобы через него установить контакт непосредственно с той частью своей личности, взаимодействие с которой и порождает эти негативные переживания. Второй этап – «принятие» – заключается во внутренней работе по полному и безоговорочному принятию негативного комплекса со всеми его символическими презентациями. Происходящее при этом отреагирование приводит к сильной эмоциональной разрядке и частичному высвобождению блокированной в комплексе психической энергии. Для полной интеграции с сознанием негативного комплекса требуется продолжение внутренней работы в измененных состояниях в соответствии с третьим, четвертым и пятым этапами. Третий этап – «раскаяние» – состоит в интерактивном переосмыслении негативных состояний как проявлений отвергнутой части собственной психики, пробуждении чувства глубокого раскаяния перед ней и в формировании направленности личности на активное взаимодействие с ней. Здесь необходимо осознать, что проявляющееся негативное психическое образование – не что-то чужеродное, а представляет собой часть нашей личности, полностью равноценную любой другой ее части (это не то, что надо принять или от чего надо избавиться). Четвертый этап – «любовь», – в ходе которого происходит интеграция не осознававшегося ранее негативного образования психики с сознанием и порождение более целостного «Я», заключается в активной внутренней работе по изменению своего отношения к проявившейся в сознании структуре психики и нейтрализации ее отрицательного заряда положительно-эмоциональным воздействием (отношением любви). Пятый этап – «отрешенность» – заключается в сохранении и закреплении нового целостного состояния сознания за счет спокойной, отрешенной рефлексии любых проявлений завершения процесса интеграции, какими бы эмоциональными и высокозначимыми они ни были.

2. Для разрешения стоящих перед личностью проблем и интеграции с сознанием любых образований в психике активной рефлексивной проработке следует подвергать не только негативную символическую презентацию в измененных состояниях сознания, но и внутренний опыт, несущий положительный эмоциональный заряд. С точки зрения интерактивной психотерапии причинами, порождающими психологические и психосоматические проблемы человека, являются не только патогенные взаимоотношения сознательного «Я» и негативных структур бессознательного, но и неадекватное взаимодействие сознания и образований психики, сформировавшихся в результате вызывавших очень сильные положительные эмоции старых жизненных (в первую очередь детских) ситуаций и запечатлевших информацию, имеющую высокую значимость и ценность для переживающего субъекта. Патогенное взаимодействие частей личности, характеризующихся сильным положительным эмоциональным зарядом, с сознанием приводит к нарушению целостности и гармонии в психике и, как следствие, к психологическим проблемам и конфликтам. И. д., в случае проявления в измененных состояниях сознания положительного внутреннего опыта, заключается в поэтапной рефлексивной работе по трансформации взаимоотношений сознательного «Я» и активизирующейся позитивной психической структуры с целью приведения их к состоянию интеграции. Рефлексивная работа на первом этапе заключается в уменьшении эмоциональной вовлеченности в процесс, в переходе от активной заинтересованности происходящим к состоянию спокойного свидетеля своих ощущений и образов, мыслей – способности видеть их как бы со стороны. На втором этапе необходимо постепенно нарабатывать устойчивое, непривязанное восприятие любых проявлений положительной структуры и, соответственно, спокойное отношение к ним и к той части психики, которую они представляют. На третьем этапе требуется осознать, что проявляющаяся положительная структура психики – такая же часть личности, как и любая другая, и полностью равноценна ей. Здесь требуется понимание необходимости постепенного ослабления значимости для

субъекта соответствующей позитивной структуры и формирование потребности отказаться от ожиданий положительных последствий ее существования для достижения ее интеграции с сознанием. На четвертом этапе необходимо компенсировать первичный положительный заряд структуры отрицательным эмоциональным отношением к ней. Пятый этап аналогичен соответствующей рефлексивной работе с негативными образованиями.

Для устойчивого эффекта от И. д. в измененных состояниях сознания необходима не просто интерактивная рефлексивная работа по всем пяти этапам, а формирование и закрепление на основе этой работы нового целостного интерактивного мышления и восприятия внутренней реальности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Интервенция (в клинической психологии) (лат. interventio – вмешательство) – термин, обозначающий любую процедуру или методику, разработанную для того, чтобы прерывать, вмешиваться, изменять текущий процесс (например, неадаптивные модели поведения).

В клинической психологии выделяется кризисная И. – скорая медико-психологическая помощь лицам, находящимся в состоянии кризиса. Кризисная И. опирается на теорию кризиса (Линдеманн Е., 1944), концепцию стадий жизненного цикла и кризиса идентификации Э. Эриксона. Кризис понимается как состояние человека при блокировании значимой для него целенаправленной деятельности, как дискретный момент развития его личности. Затяжной, хронический кризис несет в себе угрозу социальной дезадаптации, суицида, нервно-психического или психосоматического страдания. Кризисная И. является одной из форм работы кабинетов социально-психологической помощи, телефонов доверия, семейного консультирования. Отмечается специализация служб кризисной И.: помощь детям и подросткам, ушедшим из семьи, наркоманам, ветеранам войны и другим группам риска. Потребность в кризисной помощи возрастает в ситуациях катастроф, стихийных бедствий и социальных потрясений.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Интерпретация (в клинической психологии) (лат. interpretatio – посредничество) – разъяснение неясного или скрытого для клиента значения некоторых аспектов его переживаний и поведения. И. является важнейшей психотерапевтической процедурой.

Принятие и интеграция пациентом И. могут успешно осуществляться лишь на определенных этапах психотерапии. Как слишком ранняя, так и слишком поздняя И. нежелательны. И. взаимосвязана с инсайтом, может способствовать новому потоку воспоминаний, которых пациент до сих пор еще не касался. Иногда И. осуществляется в краткой форме, а иногда требует подробного объяснения. На адекватную И. пациент обычно реагирует с облегчением и чувством благодарности. Если нет уверенности в правильности И., можно придать ей форму предположения, вопроса, намека, гипотезы. И. не должна звучать как приговор, как окончательный «диагноз».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Искажение – по К. Роджерсу, неверное восприятие действительности (в том числе внутренней), когда имеется расхождение между фактическими переживаниями и самовосприятием их субъектом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Катарсис (греч. katharsis – очищение) – 1) связанные с получением удовольствия процесс и результат очищающего, облегчающего и облагораживающего воздействия на человека различных факторов, вызывающих соответствующие переживания и эффекты; 2) мгновенный выпуск подавленных (на настоящий момент) эмоций, который дает терапевтический эффект; 3) психическое состояние «очищения», облегчения, освобождения от гнета, возникшего в предыдущем опыте. Термин ввел Аристотель, утверждая, что через сочувствие и страх трагедия способствует очищению духа (катарсису). Как синоним в русском языке употребляется термин «отреагирование» (после отреагирования обычно наблюдаются снижение аффективного напряжения и появление чувства облегчения). В философской литературе понятие «К.» имеет более 1,5 тысяч различных толкований.

К. традиционно трактуется как категория древнегреческой философии и эстетики, обозначающая сущность и эффект эстетического переживания, связанного с «очищением души» («очищением от аффектов»); употреблялась в древнегреческой философии в различных значениях (магическом, мистериальном, религиозном, физиологическом, медицинском, этическом, философском и др.); использовалась в древнегреческой культуре для характеристики некоторых элементов мистерий и религиозных праздников. Иногда понятие К. квалифицируется как категория психологии искусства; использовалась в философии Пифагора, Гераклита, Платона, Аристотеля и др., обращавших внимание на катарсическое («очищающее») действие музыки (Пифагор), сценической трагедии (Аристотель) и т. д.

В новейшее время понятие К. получило значительное распространение в психологии и психотерапии. В решающей мере это было обусловлено использованием его в теории и психотерапевтической практике И. Брейера и З. Фрейда и достижением ими реального очищения психики от патогенной информации и облегчения страданий пациентов. Ряд современных психотерапевтических методик и приемов ориентирован на достижение К. В обыденной жизни понятие «К.» употребляется преимущественно как синоним понятия «очищение».

При психических травмах у людей, предрасположенных к невротическим расстройствам, спонтанный К. не наступает, поэтому требуется психотерапевтическое вмешательство. Как принцип лечебной техники К. используется во многих психотерапевтических методах «катарсической психотерапии», психоанализом, психодрамой, групповой психотерапией и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Катарсический метод (греч. katharsis — очищение) — психотерапевтический метод И. Брейера — З. Фрейда, предназначенный преимущественно для лечения неврозов. Создан и успешно применен в 90-х гг. XIX века. Основан на теоретических положениях, согласно которым: а) патогенные симптомы больных людей обусловливаются неосознаваемыми ими психическими травмами (потрясающими, но забытыми событиями их жизни); б) эти симптомы «связывают» определенное количество энергии возбуждения, не получившей разрешения; в) лечение должно быть направлено на разрядку патогенных аффектов и бессознательных импульсов; г) посредством соответствующего побуждения пациентов к воспоминанию, воспроизведению и новому, контролируемому переживанию травмировавших их психику событий можно добиться разрядки и очищения психики (катарсиса) и, следовательно, получить необходимый терапевтический эффект.

Фактически К. м. существует в двух формах, различающихся по способу достижения катарсиса: 1) гипнотической (гипнокатарсис); 2) ассоциативной. Как метод психотерапии К. м. создавался и первоначально применялся исключительно с использованием гипноза; в дальнейшем И. Брейер его по-прежнему применял, а З. Фрейд заменил его свободными ассоциациями. По оценке З. Фрейда, К. м. явился предварительной ступенью разработки психоанализа.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.И. Овчаренко

Когнитивная психотерапия (лат. cognitio — знание, греч. psyche — душа и therapeia — лечение) — вид психотерапии, основанной на преодолении иррациональных мыслей и убеждений. Психотерапевтический метод разработан А.Т. Беком (1967–1979), основан на отработке оптимальных приемов оценивания и самооценивания. В качестве основы К. п. выступило утверждение, что познание является главной детерминантой возникновения тех или иных эмоций, которые, в свою очередь, определяют смысл целостного поведения. При этом возникновение психических нарушений объясняется прежде всего за счет неправильно построенного самопознания: ответы на вопросы: «Каким я вижу себя?», «Какое будущее меня ожидает?» и «Каков окружающий мир?» — пациентом даются неадекватно. Например, депрессивный больной видит себя как «ни к чему не годное и ничего не стоящее существо», а его будущее предстает перед ним как нескончаемая череда мучений. Такие оценки не соответствуют действительности, но пациент старательно избегает

все возможности их проверить, боясь наткнуться на реальное подтверждение своих опасений. В соответствии с этим в рамках К. п. перед пациентом ставится цель понять, что именно используемые им обычно суждения («автоматические мысли») определяют его болезненное состояние, и научиться правильным способам познания, отработав их на практике. Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные болезненные эмоции и затрудняющей решение какой-либо проблемы.

Процедура данного метода включает в себя три этапа. На этапе логического анализа пациент получает критерии обнаружения ошибок суждений, возникающих в аффектогенных ситуациях. На этапе эмпирического анализа – отрабатывает приемы соотнесения элементов объективной ситуации. На этапе прагматического анализа – строит оптимальное осознание собственных действий.

Возникнув в клинике депрессивных заболеваний, затем К. п. получила широкое распространение и применяется в настоящее время тогда, когда речь идет о слишком заниженной самооценке клиента.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Когнитивная терапия – направление психотерапии, в основе которого лежит предпосылка, что одной из причин ряда психических расстройств (депрессии, фобий, проблем общения и др.) являются неадекватные убеждения и установки. Человеку свойственно полагать, что его мысли и представления являются отражением реальности, и он редко оценивает их достоверность, их связь с имеющимися у него убеждениями. Возникающее вслед за психическим нарушением напряженное взаимодействие с другими людьми порождает замкнутый круг неадаптивных убеждений, мыслей.

Важнейшим аспектом К. т. является обучение пациента (с сохранной личностью) наблюдению за своими убеждениями (когнициями). Типичные когниции, характерные для депрессии и других клинических нарушений, часто порождают «автоматические мысли». Обучение в ходе терапии предполагает последовательность шагов: 1) разъяснение пациенту (клиенту), что означает термин «когниция» (например, «когниция – это мысль или образное представление, которые могут остаться не замеченными вами, если вы не сконцентрируете свое внимание на них, не осознаете их»); 2) демонстрация на конкретных примерах связи между когнициями и эмоциями (или поведением); 3) выявление и демонстрация когниций в недавних переживаниях пациента; 4) пациенту предлагается вести дома запись своих мыслей, связанных, например, с неприятными событиями в его жизни в период между терапевтическими сессиями; 5) совместный просмотр и обсуждение на очередной встрече записей пациента.

Взаимосвязь между мышлением и эмоциями может быть продемонстрирована с помощью техники «искусственно вызванных образов». Терапевт просит пациента представить какую-нибудь неприятную ситуацию, вспомнить свои мысли по поводу нее (в данном случае отрицательная эмоция взаимосвязана с образом и ходом мыслей). Затем он просит пациента вызвать в воображении какую-нибудь приятную сцену и описать свои чувства, мысли, связанные с ней. Терапевт старается убедить, что человек может управлять своим настроением, изменив привлекаемые в сознание образы, а также скорректировав содержание своих мыслей по поводу них.

Важно объяснять пациенту, с какой целью ему дается то или иное задание. Терапевт создает условия для того, чтобы пациент интерпретировал результаты выполнения отдельных заданий, соотнося их с основной целью терапии, которая для него должна быть ясна с самого начала. Объясняя суть очередного задания и оценивая результаты его выполнения, необходимо избегать генерализованных заявлений, дабы у пациента не возникло иллюзии, что выполнение одного-единственного задания ведет к полному и окончательному выздоровлению (можно, например, отметить, что он «движется в правильном направлении»).

Терапия может протекать при участии «значимых других» (супруга или супруги, родственников, друзей пациента). Эти люди не только оказывают ему моральную поддержку, но и могут выступать как важное звено в системе обратной связи.

▸ *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003; Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. СПб.: Питер, 2002

С.А. Шевцов

Когнитивное реструктурирование – внесение изменений в познавательную деятельность (например, путем регуляции говорения с собой), которая играет роль посредника между стрессорами и реакциями на стресс.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Коммуникационная психотерапия (греч. psyche – душа, therapeia – забота, уход, лечение) – психотерапевтический метод, основанный на оптимизации процесса межчеловеческих коммуникаций.

Исходя из положений общей теории систем, разработчики этого метода (Бейтсон Г., Ватцлавик П., Мандель А., Кратохвил С. и др.) выдвинули положение, что причиной личностного конфликта или невротического проявления служит не отдельный индивид, а его реальные взаимоотношения (прежде всего в рамках диалогического общения) с другими людьми и с различными социальными группами. В частности, анализ общения в семье может дать ключ к пониманию невротического симптома кого-то из членов этой семьи, который может выступать не просто ответом на ненормальные внутрисемейные взаимоотношения, но фактором, стабилизирующим своеобразным способом данные взаимоотношения.

Целью К. п. является изменение правил, по которым строится коммуникация в тех или иных социальных группах, для чего используют особые приемы снятия страха и устранения агрессии, улучшения вербальных и невербальных коммуникаций, осознание отношений, а в качестве дополнительных используются такие психотерапевтические приемы, как «парадоксальная интенция», «описание симптома», «освобождение от тревоги», «телесный контакт» и пр.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Компенсация функций (лат. compensatio – возмещение) – выравнивание нарушенных или недоразвитых функций путем использования сохранных или частично нарушенных нервных механизмов. К. ф. охватывает широкий спектр явлений, относящихся к медицине, физиологии, психологии, дефектологии.

В медицине под К. ф. понимается устранение болезненных расстройств того или иного органа путем развития соответствующих приспособлений (например, гипертрофия сердца при пороках клапанов). В психиатрии, в зависимости от формы психологической патологии, для К. ф. используются различные психофармакологические средства, социально-трудовые мероприятия, методы нивелирования патогенных средовых факторов и др. В физиологии под К. ф. понимается вовлечение в реализацию физиологических функций (дыхания, пищеварения и др.) новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении, и создание новых функциональных систем (по П.К. Анохину). Решающим моментом в образовании новой функциональной системы является оценка конечного результата с помощью «эфферентации», обратной связи.

В психологии проблема К. ф. разрабатывается прежде всего в рамках клинической психологии. В патопсихологии и психосоматике используются различные психологические методы К. ф., воздействующие на личность больного; к ним относятся различные индивидуальные и групповые формы психотерапии, направленные на устранение эмоциональных конфликтов, навязчивых состояний, неадекватной самооценки и др. В нейропсихологии разработаны особые методы восстановления высших психических функций, опирающиеся на нейропсихологическую теорию. Описаны два типа К. ф.: внутрисистемная и межсистемная перестройка функций (Лурия А.Р.). Первая осуществляется за счет перестройки работы сохранных нервных элементов той же функциональной системы, с помощью которой осуществляется нарушенная психическая функция; вторая – за счет более сложной перестройки нарушений функциональной системы с привлечением новых нервных элементов из других сохранных систем, ранее не участвовавших в реализации функции. Так, при восстановлении понимания речевых логико-грамматических конструкций, нарушенного из-за поражения зоны ТРО левого полушария, возможен перевод данной функции на другой уровень реализации в пределах той же функциональной системы. Однако процесс звукоразличения (речевой слух) можно восстановить лишь за счет включения

в работу речедвигательного и зрительного анализаторов, т. е. за счет других функциональных систем. Особый раздел К. ф. в нейропсихологии составляет восстановление функций у детей с трудностями обучения.

В дефектологии К. ф. направлена на преодоление врожденных или рано возникших дефектов развития. Так, К. ф. зрительного анализатора у слепорожденного ребенка происходит главным образом путем развития осязания (т. е. за счет совместной работы двигательного и кожно-кинестетического анализаторов) или за счет преобразования световых сигналов в звуковые. При дефектах слухового анализатора К. ф. осуществляется посредством преобразования звуковых сигналов в световые и с помощью других методов, что требует специального обучения.

К. ф. составляет важный раздел общей реабилитации больного, его приспособления к социальной среде.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Комплаенс (англ. patient compliance — соблюдение больным режима и схемы лечения) — степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и (или) других изменений образа жизни рекомендациям медицинского работника, психолога.

Несмотря на определенные терминологические разночтения, вызванные параллельным употреблением нескольких близких по содержанию понятий: «compliance» (согласие), «concordance» (согласие с лечением), «adherence to therapy» (приверженность терапии, соблюдение указаний врача), «persistence» (постоянство), «drug holidays» (отдых от лекарств), — наиболее распространенными и взаимозаменяемыми конструктами являются К. (compliance) и приверженность лечению (adherence to therapy).

Систематическое изучение К. началось в 1974 г., когда это понятие было включено в международный медицинский библиографический справочник Index Medicus, в категорию «patient drop out» (пациенты, выбывшие из испытания лекарственных препаратов); с этого времени начался подъем интереса к разным аспектам данной проблемы, результатом чего было включение категории несогласия с лечением в DSM-IV.

Многочисленными исследованиями показана фармако-экономическая ценность концепта: низкая приверженность лечению оборачивается для больных повышенным риском развития осложнений и смертностью; для общества — экономическими потерями и углублением негативных демографических тенденций. Так, имеются сведения, что расходы на лечение больных с высоким уровнем К. в 2 раза меньше, чем у больных с его низким уровнем (Елфимова Е.В., 2009). Масштабы проблемы при этом весьма впечатляющи: известно, что около 20 % новых и 85 % повторных назначений не выполняются (Хохлов А.Л., 2005).

Считается, что на формирование К. оказывают влияние следующие группы факторов, связанные с:

1) пациентом: особенности личности, культуральные и религиозные характеристики, внутренняя картина болезни;

2) клинической картиной заболевания: частые рецидивы болезни, суицидальные и аутоагрессивные тенденции, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства личности, когнитивное снижение, уровень социального функционирования и адаптации;

3) социальным окружением: отношение родных и друзей к терапии, уровень социальной поддержки, включая помощь в приобретении лекарственных средств;

4) терапевтической моделью: наличие побочных эффектов терапии, предварительная осведомленность больного, длительность терапии, режим приема лекарств;

5) социально-экономическими условиями: возможность приобретать за деньги либо получать по льготным условиям современные, качественные препараты, сочетающие высокую клиническую эффективность и безопасность;

6) личностью врача: высокий уровень профессионализма, эмпатичность, возможность доступного контакта с больным вне обострения;

7) организацией оказания медицинской помощи: наличие образовательных программ по типу школы для пациентов, оптимизация индивидуальной терапевтической программы, организация регулярного контакта врача и больного, использо-

вание различных психотерапевтических методик (Гречко Т.Ю., 2009).

▸ *Гречко Т.Ю.* Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии: обзор литературы // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2009. № 35; *Елфимова Е.В., Елфимов М.А.* Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность лечению // Заместитель главного врача. 2009. № 11(42); *Хохлов А.Л., Глембицкая О.В.* Комплаенс как клинико-экономическая проблема лечения больных бронхиальной астмой // Новости здравоохранения. 2005. № 1

А.В. Котельникова, А.А. Кукшина

Комплаенс и нон-комплаенс (compliance) — понятия, широко используемые в медицинской практике и литературе со второй половины XX века. Термином «комплаенс» обозначают соотношение фактической терапии, прежде всего лекарственной, и терапии-стандарта (терапии-предписания). При количественной оценке используют понятие «коэффициент комплаенса» (КК). Максимальная величина КК равна 1,0 (пациент строго выполняет все предписания). В нашей стране комплаенс чаще определяют как «приверженность больного лечению».

Проблемы комплаенса важны в том числе и с финансово-экономической точки зрения, поскольку, по данным зарубежных экспертов, не менее 20 % всех медикаментов не принимается пациентом вследствие так называемого нон-комплаенса (несовпадения, расхождения позиций врача и больного).

Основные виды комплаенса можно обозначить как «пациент-комплаенс», «врач-комплаенс», «медикамент-комплаенс». При изучении «пациент-комплаенса» рассматривается влияние на величину КК социально-демографических факторов собственно больных: пол, возраст, образование, специальность, профессия, семейное положение, финансовые возможности и др. Существенная роль принадлежит психологическим особенностям пациента: состоянию психики, уровню интеллекта, памяти, обязательности как качеству личности, алкоголизации, нарко- и токсикоманиям, М–зависимости. Кроме того, важное значение имеют особенности патологического процесса: диагнозы основного и сопутствующих заболеваний, наличие осложнений, стаж болезни, характер и выраженность симптомов заболевания, качество жизни и др. Есть основания полагать, что чем раньше поставлен правильный диагноз, тем, при прочих равных условиях, должен быть выше КК. Низкий коэффициент «пациент-комплаенса» может стать источником ложной информации о якобы недостаточной эффективности лекарственного препарата и, соответственно, привести к отказу от его принятия.

«Врач-комплаенс» (соотнесение рекомендаций разных врачей) учитывает: готовность/способность следовать стандартным схемам лечения (в том числе и стандартам в системе ОМС — обязательного медицинского страхования); готовность/способность поддерживать комплаенс между коллегами (т. е. обеспечивать должный уровень преемственности и врачебной кооперации); уровень профессиональной квалификации врача и его профессиональный стаж; интенсивность врачебной практики, степень доверия больного врачу, личностные особенности врача; смену врача в процессе лечения и др.

«Медикамент-комплаенс» зависит: от вида лекарственной формы (ингалятор, таблетки, капсулы, инъекции и др.); стоимости препарата; сложности выполнения лекарственной (терапевтической) программы, в частности от количества приемов препарата в сутки (чем сложнее программа, тем меньше КК).

Способы повышения комплаенса разнообразны: 1) прежде всего, это освоение лечащим персоналом понятия «комплаенс»: содержания термина и его значения в повышении качества работы; 2) повышение квалификации пациента путем информирования его о болезни, лекарственных препаратах и роли комплаенса в лечении; 3) формирование партнерских отношений «врач — пациент», например в системе астмошкол; 4) письменные напоминания; 5) специальные инструкции; 6) дневники, календари приема лекарственных препаратов; 7) телефонные напоминания; 8) контроль со стороны персонала и родственников заболевшего человека; 9) выбор адекватных лекарственных форм, позволяющих уменьшить сложность выполнения программ терапии, например за счет использования препаратов пролонгированного действия и др.

Следует ожидать высокого КК (более 0,7) в тех случаях, когда пациент стремится к быстрому достижению отчетливого терапевтического эффекта в клинических ситуациях, сопровождающихся силь-

ными болевыми ощущениями и (или) опасных для жизни (например, при приступе стенокардии или пароксизмальных нарушениях сердечного ритма). КК достаточно высок, когда больной отмечает отчетливый терапевтический эффект лекарственной программы, стремится его сохранить и развить (например, при фармакотерапии артериальной гипертензии). В этих случаях при прекращении лечения обычно наблюдается возврат симптомов болезни. В эту группу также можно отнести и инфекционную патологию, завершающуюся выздоровлением больного.

В тех случаях, когда фармакотерапия проводится с целью поддержания длительной ремиссии (например, при бронхиальной астме) и (или) уменьшения темпов прогрессирования хронического заболевания (например, при ишемической болезни сердца), а быстрого и явного эффекта пациент не ощущает, следует ожидать КК не более 0,5. Правда, и в этих случаях с помощью адекватных мероприятий появляется возможность повысить КК на 15–20 % и даже больше.

Как свидетельствует опыт, даже при максимальной приверженности пациента лекарственной терапии КК не превышает 0,95. Реально при амбулаторном лечении он составляет 0,5/0,6. В условиях стационара при назначении таблетированных препаратов КК — 0,6/0,7, а при использовании инъекционных форм КК достигает 0,8/0,9.

Есть основания полагать, что при КК менее 0,5 фармакотерапия становится малорезультативной, не работающей даже при использовании высокоэффективных препаратов.

▸ *Лапин И.П.* Человек и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. СПб.: Деан, 2001; *Соложенкин В.В.* Психологические основы врачебной деятельности. М.: Академический Проект, 2003

В.А. Урываев

Контакт-психология — психотерапевтический метод, основанный на представлении, что все межличностные контакты выводятся из взаимоотношений мужчины и женщины (метод предложен Э. Шпеером, 1953). В К.п. терапевтическое воздействие направляется прежде всего на то, чтобы высвободить способность пациента к любви, часто заторможенную из-за неадекватности и поверхностности контактов. Наибольший эффект в применении К.п. был отмечен для пациентов, мучимых переживаниями одиночества, при неврозах и аутизме.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Контр-знак (лат. contra — против) — 1) семиотическая модель комического; 2) амбивалентный, самопротиворечивый знак, динамизирующий и в конечном счете разрушающий фиксированную связь означаемого и означающего культурно-фиксированного знака (Бороденко М.В.). Как психотерапевтический прием применяется в когнитивной психотерапии, процессуальной психотерапии и других психотерапевтических направлениях, в задачу которых входит использование техник осмеяния, «замешательства» для преодоления у клиента установок различного уровня. К.з. выполняют роль особых стимулов-средств саморазвития культуры в индивидуальном и общественном сознании, обеспечивая движение сознания к новым знаковым сущностям. К.з. отличается от обычного знака тем, что не выполняет характерной для последнего функции обозначения чего-либо, но является средством деформации уже существующих знаков, разрушая определенность их означаемых, «размывая» их смыслы. К.з. опосредствуют переход одной знаковой системы в другую. Свойственная обычному знаку утвердительность содержания утрачивается в К.з.; его означаемым является само движение перехода от одного содержания к его противоположности. В то время как обычные знаки, согласно Ф. Соссюру, имеют двухзвенное строение (единство означающего и означаемого), определяющим признаком К.з. является его исходное трехзвенное строение (означаемое первого знака — означаемое второго знака — частичное перекрытие (смешение) означающего первого и второго знака); полное перекрытие (смешение) означающих происходит в момент смехового действия.

К.з. может рассматриваться как особый знак, содержащий самоотрицание, допускающий «свободу» выбора взаимопротивоположных вариантов интерпретации. Двойственность смысла основана на реальной представленности в знаке двух находящихся в отношении противоречия содержаний означаемых. Отношение содержаний в К.з. иное,

чем отношение содержаний в знаках, обладающих обычной множественностью интерпретаций (например, многозначные слова). Если каждое из значений многозначных символов имеет самостоятельное право на существование и ситуация задает однозначное «прочтение» содержания, то содержания (означаемые) К.з. находятся в такого типа взаимодействии, когда они взаимно отрицают друг друга. При этом ситуация (контекст) не подсказывает однозначной интерпретации, но сохраняет оба содержания как равновозможные.

К.з. – модель и сущность комического. Комическое есть средоточие К.з., творящих неопределенность, расчищающих поле для нового смысла. К.з. динамичен (существует через мгновенность смены одного содержания другим в шутке). Динамическая форма знака обусловливает возможность взаимопереходов содержаний, противостоящих друг другу. Происходит мгновенный отрыв исходного означаемого от своего означающего, тем самым акцентируется условность, мимолетность связи означаемого с означающим, что, в свою очередь, готовит изменение знака. Динамика знака создает, с одной стороны, внутреннюю пустоту, нефиксированность означаемого, с другой стороны, знаковая форма самого К. з. является тем «мостиком», который соединяет два означаемых, изначально связанных каждый со своим означающим. То есть внутри единой знаковой формы комического происходит соединение двух знаков и одновременно их распад. В качестве примера К.з. как механизма существования и функционирования комического могут быть рассмотрены смеховые действия юродствующего (выворачивание наизнанку, балагурство, мутные словеса, обнажение), в которых особенности К.з. выступают явным образом во внешне развернутой форме.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.В. Бороденко

Конфронтация (в клинической психологии) (лат. con – против и frontis – лоб, фронт) – 1) в групповой психотерапии это противопоставление, столкновение, противостояние мнений, людей или группировок; 2) один из приемов психотерапии: предъявление пациенту или группе обычно неосознаваемых амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки.

К. – ведущий механизм групповой психотерапии, понимается как «столкновение» клиента с самим собой, со своими установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется за счет обратной связи между участником группы и группой как целым. Информация, которую клиент получает прямо или косвенно от других участников группы, часто противоречит или не согласуется с его образом «Я»; и задача психотерапии заключается в создании условий для расширения этого образа путем интеграции в него полученной информации.

Наиболее разработаны конфронтационные приемы в психоаналитической психотерапии. Впрочем, ряд психотерапевтов, представителей иных направлений негативно относится к конфронтационным приемам и противопоставляет их эмпатическим.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Копинг-поведение (coping behavior – совладающее поведение) – осознанное поведение субъекта, направленное на психологическое преодоление стресса. Автор термина – американский психолог А. Маслоу (1987). Понятие «coping» происходит от англ. to cope (справиться, выдержать, совладать); в российской психологии его переводят как адаптивное, совладающее поведение, или психологическое преодоление стресса.

Стрессовая реакция (с позиций когнитивно-феноменологической концепции Лазаруса Р.С., 1981) рассматривается как результат реагирования организма на соотношение «предъявленные требования – ресурсы для их выполнения». При этом предъявляемые требования могут быть как внешними, так и внутренними, включающими цели, ценности, оценки, которые или игнорируются, или не реализуются и др. Соответственно, имеющиеся в распоряжении человека ресурсы также могут быть внешними (в первую очередь это социальная поддержка) и внутренними (способность к сопротивлению, эмоциональная стабильность, атрибутивные тенденции и др.). Качество этих соотношений опосредуется когнитивными процессами и иногда

приводит к стрессовым эмоциям. Вслед за этой фазой при возникновении стрессовой реакции может следовать К.п., нацеленное на то, чтобы повлиять либо на окружающий мир, либо на самого себя. Соответственно, выделяют два вида адаптивных реакций: а) ассимиляцию – внешнюю по отношению к системе; б) аккомодацию – внутрисистемную реакцию. В какой-то мере адаптации способствует и К.п., ориентированное на проблему, и К.п., ориентированное на эмоции.

Необходимо разграничивать К.п. и механизмы психической защиты. К.п. характеризуется осознанной конструктивной активностью личности, включающей в себя произвольный выбор; цель такого поведения – пережить событие, не уклоняясь от неприятностей. Психологическая же защита подразумевает отказ от решения проблемы, с которым связаны конкретные неосознаваемые действия, ради сохранения комфортного состояния.

Для совладания со стрессом каждый человек на основе собственного опыта использует выработанные им копинг-стратегии (поведенческие, когнитивные и эмоциональные) с учетом степени своих адаптивных возможностей, которые делятся на адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные. В поведенческой сфере к адаптивным принято относить активное преодоление и альтруизм; к частично адаптивным – поиск социальной поддержки и отвлечение; к неадаптивным – изоляцию, компенсацию с использованием допинговых средств и уход от реальности. В когнитивной сфере к адаптивным относят поиск решения проблемы и придание смысла; к частично адаптивным – ориентацию на мнение значимых других, сохранение апломба и отрицание; к неадаптивным – избегание проблемы и растерянность. В эмоциональной сфере к адаптивным относят эмоциональное сосредоточение; к частично адаптивным – поиск эмоциональной поддержки и эмоциональную разрядку; к неадаптивным – подавление чувств, чувство вины, агрессивность, покорность.

На предпочитаемые способы совладания со стрессом влияют индивидуально-психологические особенности: темперамент, уровень тревожности, тип мышления, особенности локуса контроля, направленность характера. Выраженность тех или иных способов реагирования на сложные жизненные ситуации ставится в зависимость от степени самоактуализации личности: чем выше уровень развития личности, тем успешнее она справляется с возникшими трудностями.

Для выявления индивидуальных стратегий совладающего поведения используются различные тестовые методы психодиагностики, например такие как «Опросник способов совладания» Р. Лазаруса и С. Фолькман, а также «Индикатор копинг-стратегий», разработанный Д. Амирханом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.М. Гарнов

Краткосрочная психотерапия – существенное по времени ограничение психотерапевтического процесса по сравнению с «классической» продолжительностью психотерапии.

В групповой психотерапевтической практике аналогом краткосрочной формы является марафон. Марафон – групповое занятие продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, используемое для тренинга, психопрофилактики здоровых клиентов и реже – для психотерапии; требует слаженной котерапевтической работы ведущих. Временной режим марафона может быть определен либо директивно ведущим, либо недирективно в процессе его работы с группой. В последнем случае ответственность за распределение времени занятия передается группе и каждому участнику в отдельности. Марафон проводится изолированно либо включается в цикл групповых занятий. Его основные специфические механизмы: 1) интенсивность и концентрированность психотерапевтических отношений и тренинговых приемов; 2) нарастающая астенизация и сбой биологического суточного ритма, поведенческих стереотипов участников, снижающих сопротивление, облегчающих возникновение измененных состояний сознания; 3) непрерывность группового опыта, способствующая включению разнообразных переживаний в единый групповой контекст.

В современных направлениях индивидуальной психотерапии (например, эриксоновский гипноз, краткосрочная позитивная психотерапия и др.) краткосрочность (10–15 сеансов) является одним из принципов, страхующих клиентов от развития «психотерапевтического дефекта или пристрастия»,

«бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Лечебный процесс (в медицине) – сложный циклический процесс, включающий сбор и обработку медико-биологических данных, постановку диагноза, выбор стратегии и тактики лечения и проведение лечебной процедуры. По определению Н.М. Амосова, медицина – это координация больного организма с целью обращения его к нормальному состоянию, т. е. больной организм можно рассматривать как объект управления. В основе современного Л. п. лежит определение состояния пациента и назначение наиболее эффективной терапии. Этапы Л. п.:

1. Первичная консультация со специалистом является первым этапом диагностического поиска – это сбор анамнестических данных (анамнез жизни и анамнез болезни), возможно использование анкетирования; после опроса наступает второй этап диагностического поиска – сбор физикальных данных (перкуссия, пальпация, аускультация, осмотр и т. д.), которые позволяют поставить предварительный диагноз и наметить план обследования больного.

2. Инструментальное и лабораторное исследование пациента направлено на получение максимальной информации о состоянии организма; в ряде случаев врач общей практики направляет пациента на дополнительные консультации к специалистам (окулисту, онкологу, кардиологу, иммунологу и пр.), которые, в свою очередь, могут назначить более детальное обследование.

3. После получения медицинской информации о состоянии больного врач формулирует диагноз.

4. На основании развернутого клинического диагноза врач планирует лечение данного больного, используя современные методы коррекции. В настоящее время существуют три принципа лечения: этиотропный, который направлен на устранение причины возникновения заболевания (например, антибиотикотерапия при инфекционных заболеваниях); именно этот принцип является наиболее эффективным в лечении любого заболевания, поскольку устранение причины – необходимое условие для полного излечения заболевания. Второй принцип лечения – патогенетический, который направлен на устранение звеньев патогенеза данного заболевания (например, противовоспалительное лечение, коррекция гипоксических состояний и пр.). В ряде случаев это лечение является основополагающим (использование цитостатиков при опухолевых процессах). Третий принцип лечения – симптоматический, он нацелен на устранение конкретного симптома, без учета причины его возникновения (обезболивающие препараты, жаропонижающие и пр.)

5. Оценка результатов лечения. Если в ходе диагностического поиска был правильно поставлен диагноз и подобранная терапия оказалась эффективной, то можно говорить о полном или неполном выздоровлении пациента. В таком случае врач дает рекомендации, направленные на поддержание достигнутого результата (соблюдение режима дня, труда и отдыха, определенной диеты, назначение лечебной физкультуры и пр.)

6. Если эффективность лечения низкая или даже отсутствует эффект от назначенной терапии, то необходимо пересмотреть диагноз и внести коррекцию в терапию заболевания.

В ряде случаев выделяют лечение радикальное, т. е. полностью устраняющее заболевание, и лечение, временно приносящее облегчение больному (пример – паллиативное лечение).

Л. п. предполагает взаимодействие врача и пациента; и достигнуть желаемого лечебного эффекта можно только в том случае, если есть комплаентность, т. е. приверженность больного лечению (добросовестное, аккуратное и планомерное выполнение больным врачебных рекомендаций).

▸ Патология: учебник (в 2 т.) / под ред. М.А. Пальцева, В.С. Паукова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. Т. 1; *Пауков С.В., Литвицкий П.Ф.* Патологическая анатомия и патологическая физиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 256 с.

Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская

Лечебный эффект суммарный – включает вклад следующих составляющих: 1) эффект специфического лечебного действия; 2) эффект плацебо; 3) эффект Хоторна; 4) эффект естественного течения заболевания.

Эффект Хоторна (Hawthorne) – обычно благоприятный эффект от участия в исследовании. Термин впервые появляется в отчете об обследовании

рабочих, проведенном в первой половине прошлого столетия на Западной электростанции в городе Хоторн, штат Иллинойс (Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э., 1998).

► Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 20; *Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1998. С. 180

В.А. Семикопенко

Лечение — а) система мероприятий, направленных на восстановление здоровья, предупреждение осложнений заболевания и устранение тягостных для больного проявлений болезни; б) «комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение и облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни» (Федеральный закон РФ № 323ФЗ) (с. 18).

Качественное Л.: 1) не только редуцирует симптомы болезни, но и препятствует ее прогрессированию; 2) способствует продлению активного долголетия; 3) не должно причинять больному неудобство (моральное, физическое, материальное и т. д.); 4) должно скорейшим образом приводить к выздоровлению.

Л. и предупреждение болезней составляют основную цель медицины. Определение цели Л. — задача, которую врач решает в отношении каждого больного индивидуально в ходе его комплексного обследования. Л. бывает консервативным и оперативным. К консервативному Л. относят терапию лекарствами (фармакотерапия), сыворотками, вакцинами, природными и преформированными физическими факторами (климатотерапия, бальнеотерапия, спелеотерапия, баротерапия, физиотерапия, диетотерапия и т. д.), а также лечебное воздействие словом, действием на рефлексогенные зоны и т. д. В соответствии с направленностью терапевтического воздействия выделяют этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию, а также терапию, направленную на восстановление нарушенных функций (реабилитация) или их замещение (заместительная терапия). Этиотропное Л. направлено на устранение причины болезни. Патогенетическое Л. — это воздействие на процессы развития болезни с целью их прерывания или ослабления. Симптоматическое Л. нацелено на ликвидацию или уменьшение тягостных для больного конкретных проявлений болезни.

Этиотропная терапия состоит в устранении действующей причины болезни. Наиболее показательны результаты Л. инфекционных заболеваний, направленного непосредственно на причину их возникновения и заключающегося в применении антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Вместе с тем в некоторых случаях возможности этиотропной терапии ограничены, т. к. иногда после устранения причины патологический процесс может продолжаться, задерживается процесс выработки антител, что препятствует формированию иммунитета; при многих неинфекционных заболеваниях этиология многофакторная (гипертоническая болезнь, атеросклероз, неврозы и т. д.). Часто измененная реактивность организма выступает на передний план среди причин болезни. Так, при бронхиальной астме причиной заболевания может являться пыльца растений, а сущность заболевания сводится к гиперергической реакции организма, проявляющейся воспалением бронхов и бронхоспазмом. Ограничение показаний к этиотропной терапии вытекает также из опасности данного способа Л. Химиотерапия может вызывать тяжелые повреждения в организме и приводить к развитию осложнений. Терапия не должна быть более опасной, чем сама болезнь. Патогенетическая терапия основывается на знании процессов развития заболевания и направлена на то или иное звено патогенеза заболевания. Симптоматическая терапия остается единственно возможной помощью при некурабельных стадиях и формах заболеваний. Высокая эффективность некоторых симптоматических средств нередко создает иллюзию излечения самого заболевания и дополнительные трудности для диагностики болезней. Кроме того, симптом болезни может быть выражением защитной реакции организма, направленной на борьбу с повреждающим фактором, или проявлением компенсаторной реакции, направленной на восстановление нарушенных функций (например, рвота

при попадании в желудок ядовитых веществ). В таких случаях устранение симптома может иметь трагические последствия для организма в целом. Соотношение симптоматической, патогенетической и этиотропной терапии в каждом отдельном случае болезни должно быть рациональным. Чаще всего осуществляется комплексная терапия, направленная на причину заболевания, его патогенез и на ликвидацию ее отдельных проявлений. Ее назначение основывается на точном диагнозе болезни и анализе проявлений ее у конкретного больного. После определения общих показаний и места Л. врач намечает конкретный план терапевтических мероприятий, исходя из формы заболевания, особенностей его течения и возможных последствий, состояния больного, наличия сопутствующих болезней, и учитывает реальные возможности применения определенного метода терапии в данных условиях. План включает меры предупреждения возможных осложнений, как самого заболевания, так и проводимого Л. В плане комплексной терапии находят отражение также виды и сроки проведения нелекарственных способов Л.: физиотерапия, диетотерапия и др., а также восстановительная терапия (массаж, лечебная физкультура, санаторное Л. и т. д.). Проведение Л. даже самыми эффективными лекарственными средствами должно сочетаться с максимальным использованием возможностей психотерапии. Психотерапевтическое влияние врача начинается с первого же его контакта с больным. Внимательное и доброжелательное отношение к жалобам пациента само по себе приносит ему облегчение. При необходимости врач привлекает к процессу Л. клинического психолога.

▸ *Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К.* Общая патология человека: учебник. М.: Медицина, 1995

Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская

Логопсихотерапия (греч. logos — слово, psyche — душа и therapeia — лечение, уход за больным) — разновидность психотерапии, направленной на восстановление нарушенной речевой коммуникации (логоневроз). Эффективный вариант применения Л. разработан В.М. Шкловским, создавшим систему реабилитации больных, страдающих логоневрозом. К.М. Дубровским предложена комплексная методика социальной реабилитации заикающихся подростков и взрослых; в дальнейшем его методика нашла практическое применение в конкретных лечебных процедурах (Некрасова Ю.Б., 1975). Суть методики Л. — вызывание, усиление и закрепление состояния готовности к речи, а также обучение пациентов свободе смены психических состояний, что способствует полноценной коммуникации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Л. Карпова

Логотерапия — 1) теория и практика психотерапии, разработанная В. Франклом; 2) общее название подхода, основывающегося на учении В. Франкла.

Л. исходит из того, что основным двигателем поведения и развития личности является стремление человека к поиску и реализации смысла своей жизни. Отсутствие смысла жизни или невозможность его реализовать порождает состояние экзистенциального вакуума и экзистенциальной фрустрации, выступающее причиной так называемых ноогенных неврозов, связанных с апатией, депрессией и утратой интереса к жизни, а также со стремлением к минимизации внутреннего напряжения. Практика Л. направлена на то, чтобы помочь человеку обрести утраченный им смысл без навязывания терапевтом своих смыслов. Для этого используется метод сократовского диалога. Уникальный смысл жизни или выполняющие ту же функцию обобщенные ценности могут быть найдены пациентом в следующих сферах: творчество, переживание и сознательно принимаемое отношение к тем обстоятельствам, которые он не в состоянии изменить. Субъективно значимый смысл можно найти в любых обстоятельствах и ситуациях, поскольку человеческая жизнь никогда не утрачивает его. Одним из главных источников смысла в практике Л. выступает религиозная вера. Вместе с тем религия не является единственно возможным источником смысла. Проблема смысла жизни может решаться одинаково успешно и верующими, и неверующими людьми. Помимо терапии специфических ноогенных неврозов, в Л. разработан также метод парадоксальной интенции для лечения фобий и навязчивых состояний и метод дерефлексии для лечения сексуальных неврозов. Эти методы основываются на постулируемых Л. фундаменталь-

ных онтологических характеристиках человека: способности к самоотстранению и способности к самотрансценденции.

В целом ряде стран действуют логотерапевтические общества, в США и Германии функционируют институты Л.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Д.А. Леонтьев

Медитация (лат. meditatio – размышление) – интенсивное, проникающее вглубь размышление, погружение умом в предмет, идею и т. п., которое достигается путем сосредоточенности на одном объекте и устранении всех факторов, рассеивающих внимание, как внешних (звук, свет), так и внутренних (физическое, эмоциональное и другое напряжение). М. – прием психической тренировки, принимающий различные формы в зависимости от культурно-исторического окружения; наибольшее число свидетельств о приемах М. сохранилось на Востоке: в Индии, Китае и связанных с ними культурах. Восточный тип М. (представленный всеми формами йоги в Индии, даосизмом в Китае) предполагает религиозно-мистическое растворение индивидуального сознания в безличностном, океаноподобном Абсолюте – ситуация, реализуемая образами мотылька, сгорающего в пламени свечи, или соляной куклы, которая растворяется в воде моря. Другое религиозно-мистическое направление М., культивировавшееся христианством (католицизмом), трактовало ее как слияние двух личностей (человеческой и божественной).

В XX в. методики М. разрабатывались в некоторых школах психоанализа, в аналитической психологии, а также как системы психофизической тренировки, рассчитанные на терапевтический эффект и не связанные с какими-либо религиозно-мистическими идеями (аутогенный тренинг И. Шульца, система «биологической обратной связи» и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Юревич

Метод свободных ассоциаций (лат. associatio – соединение, присоединение) – исследовательский, диагностический и терапевтический прием психоанализа З. Фрейда.

Основан на использовании феномена ассоциативности мышления для познания глубинных (преимущественно бессознательных) психических процессов и явлений и применения полученной информации для коррекции и лечения функциональных расстройств психики посредством осознания пациентами причин, источников и характера их проблем. Особенностью М. с. а. является совместная, осознанная и целенаправленная борьба психоаналитика (психолога, врача, психотерапевта) и пациента против состояния психического дискомфорта или (и) заболевания. Применение М. с. а. осуществляется в ходе сеанса психоаналитической терапии, во время которого между пациентом (лежащим на кушетке) и психоаналитиком (сидящим у его изголовья таким образом, чтобы пациент не видел выражения его лица) происходит доверительная беседа о жизни и самочувствии пациента в различных ситуациях бодрствования и сна. Непременным условием этой беседы является открытость пациента, который должен свободно, не считаясь ни с какими ограничениями, высказывать все то, что ему приходит в голову (при этом психоаналитик предпринимает целенаправленные усилия для преодоления бессознательного и сознательного сопротивления пациента).

В процессе такого рода беседы пациент, в силу ассоциативности мышления, сам того не осознавая, «проговаривается», т. е. спонтанно произносит фразы и слова, прямо или косвенно указывающие на невольно возникающие (и часто доминирующие) мысли. Осуществляемый по определенной методике анализ этих мыслей и ассоциаций указывает на причину, источник и характер заболевания или тревоги. При этом в качестве дополнительных маркеров для психоаналитика выступают темы разговора, темп речи, лексика, ослышки, оговорки, заминки, паузы и т. д. После анализа свободных ассоциаций и выявления сути расстройства или заболевания психоаналитик объясняет пациенту сущность его проблем и помогает осознать бессознательные причины его страданий, их реальное содержание и подлинную ценность. Осознание этих моментов влечет за собой соответствующий терапевтический эффект.

Использование М. с. а., независимо от профессиональной квалификации психоаналитика, само по себе обладает определенной психотерапевтической

ценностью, поскольку позволяет пациенту рассказать о своих страданиях, поделиться ими и тем самым облегчить их. С момента разработки М. с. а. является основным методом психоаналитической терапии. Первое применение М. с. а. было осуществлено его творцом, З. Фрейдом, в 1896 г., который именно поэтому считается годом создания психоанализа.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии — система и внутренние закономерности организации эффективного лечения путем использования возможностей взаимодействия психотерапевта и группы, а также членов группы в общении друг с другом. М. л. д. г. п. одними из первых изучали Р. Корзини и Б. Розенберг (1955). Основные пути исследования М. л. д. г. п.: а) опрос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии; б) изучение теоретических представлений и опыта групповых психотерапевтов; в) проведение экспериментальных исследований (выявление взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе и эффективностью лечения). И. Ялом (1970) в качестве основных механизмов выделил следующие:

1) сообщение информации: в процессе общения с другими и знакомства с их проблемами клиент получает разнообразные сведения об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, нервно-психическом здоровье и пр.;

2) внушение надежды: появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений; успешные, продвинутые в психотерапии клиенты служат остальным в качестве позитивной модели;

3) универсальность страданий: понимание клиентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, переживания; такое понимание повышает самооценку;

4) альтруизм: помогая другим в процессе групповой психотерапии, клиент ощущает себя способным быть полезным и нужным;

5) корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы: клиент осознает свои модели поведения, проблемы и переживания, идущие от родительской семьи; это дает возможность терапевтической переработки проблемы клиента; психотерапевт, моделируя семейную ситуацию клиента, выступает в роли его отца или матери, а другие участники в роли братьев, сестер и других членов семьи;

6) развитие техники межличностного общения: пациенты имеют возможность за счет обратной связи и анализа собственных переживаний увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать более конструктивные способы поведения и общения;

7) имитационное поведение: пациент может обучиться более конструктивным способам поведения за счет подражания психотерапевту и другим успешным членам группы;

8) интерперсональное влияние: получение новой информации о себе за счет обратной связи (расширения образа «Я»); возникновение в группе эмоциональных ситуаций, с которыми пациент ранее не мог справиться, их осознание, анализ;

9) групповая сплоченность: привлекательность группы, чувство принадлежности к ней, доверие, принятие группой и взаимное принятие друг друга; рассматривается как фактор, аналогичный отношениям «психотерапевт — пациент» в индивидуальной психотерапии;

10) катарсис: отреагирование сильных чувств в группе.

С. Кратохвил (1978) в качестве основных М. л. д. г. п. указывал следующие: участие в группе, эмоциональная поддержка, самоисследование и самоуправление, обратная связь (или конфронтация), контроль, корректирующий эмоциональный опыт, проверка и обучение новым способам поведения, получение информации и развитие социальных навыков.

При этом пациенты в качестве основных М. л. д. г. п. чаще всего указывают: осознание нового (т. е. самого себя, восприятия себя другими, понимание других людей), переживание в группе положительных эмоций (в отношении себя, других членов группы и группы в целом, положительных эмоций от других членов группы), приобретение новых способов поведения (прежде всего межличностного взаимодействия и поведения в стрессовых ситуациях).

Указанные М. л. д. г. п. охватывают три плоскости изменений — когнитивную, эмоциональную и поведенческую — и могут быть представлены в виде трех основных, более обобщенных механизмов: 1) корригирующее эмоциональное переживание (корректирующий эмоциональный опыт, наличие эмоциональной поддержки); 2) конфронтация (как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами — осуществляется за счет обратной связи между членами группы и группой как целым); 3) научение, которое в процессе групповой психотерапии осуществляется прямо и косвенно (группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, что в конечном итоге облегчает для него отказ от неадекватных стереотипов поведения и выработку навыков полноценного общения); эти перемены подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Миф врачебный — намеренно созданное психологическое пространство с целью управления внутренней картиной болезни пациента.

М. в. изучается на примере феномена плацебо — нейтрального препарата, оказывающего тем не менее лечебное воздействие на пациента, уверенного, что препарат представляет собой лекарство, в положительном действии которого он не сомневается. Уверенность пациента в данном случае является целевым фактором, которым можно управлять с помощью М. в. Усиливать воздействие нейтрального препарата могут такие факторы, как «редкость» лекарства, его необычный вид, высокая стоимость, особые рекомендации по приему и др. Ярким примером действия М. в. может служить широко известный в 80-х гг. прошлого столетия «препарат» для лечения рака «Катрекс». Лечебное действие данного «препарата», являющегося на самом деле нейтральным, было смоделировано в психологической лаборатории с целью изучения лечебного эффекта плацебо.

В М. в. могут использоваться разные средства воздействия на человека. Так, на людей малообразованных оказывает впечатление хорошо технически оснащенная лаборатория, множество приборов, назначение которых непонятно; люди, более просвещенные и привычные к «чудесам» научно-технического прогресса, могут оказаться более «чувствительными» к нетрадиционным или редким методам лечения. Хорошо обеспеченные люди склонны покупать дорогие лекарства, считая стоимость критерием их лекарственной ценности. Большое влияние на успешность профессиональной деятельности практикующих врачей, клинических психологов оказывает их имидж и профессиональная репутация, которую можно рассматривать как своего рода тщательно культивируемый М. в. Люди, как правило, склонны лечиться у тех, о ком слышали что-либо хорошее или кого им рекомендовали авторитетные для них знакомые. Лечение у известного врача обычно считается гарантией излечения и т. д. Фактор доверия связан с мифической картиной реальности и с фантазийными переживаниями человека, а не только с реальными фактами. Даже если никаких видимых изменений в состоянии пациента не произошло, он, уверенный в квалификации своего доктора (целителя, психолога), убежден, что ему стало лучше. Пример действия М. в. раскрывается и в феномене действия телевизионной рекламы, которая, по сути, является намеренно созданным искусственным жизненным пространством, в котором рекламируемый объект связан с удовлетворением определенных человеческих желаний.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.С. Калашников

Модель уменьшения страха — модель, основанная на положении, что люди легче перенимают то или иное поведение, если это поведение преподнесено в качестве противодействия вызывающим страх обстоятельствам или сообщениям.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Морита-терапия — психотерапевтический метод, созданный С. Морита в 1919 г. на основе положений

дзен-буддизма и использующий психологические эффекты сенсорной депривации. Первоначально этот метод был ориентирован на лечение такого этноспецифического психического заболевания японцев, как «шинкейшицу» (невротический комплекс с элементами неврастении, ипохондрии, навязчивостей).

Основной целью данного метода являлось достижение пациентом не просто хорошего самочувствия, но изменения самого уклада жизни. М.т. осуществлялась в клинике, куда пациент помещался, чтобы исключить возможность привычных занятий и отношений, и проходила в несколько этапов. В первую неделю пациент проводил время в изолированной, затемненной комнате, пытаясь самостоятельно решить свои проблемы. Затем он включался сначала в легкую, затем во все более тяжелую трудотерапию, которая длилась месяц-полтора; в это время его проблемы также не обсуждались, но формировалась общая установка, позволяющая пациенту включать в свою личностную структуру как позитивный, так и негативный опыт, а главное, не вытеснять страх, а относиться к нему безучастно. После окончания стационарного курса психотерапия продолжалась в рамках краткосрочных семинаров бывших пациентов. В настоящее время метод используется достаточно широко и получил международное признание.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Мотивация (в психотерапии) – значение и структура мотивационного фактора в психотерапевтическом процессе.

В различных психологических школах традиционно изучается влияние мотивов клиента, обратившегося за психологической помощью, на эффективность этой помощи со стороны клинического психолога, психотерапевта.

Двигателем психотерапии в психоаналитических концепциях являются страдания пациентов и возникающее из-за них стремление к выздоровлению. Конструктивным переменам может противодействовать «вторичный выигрыш от болезни». Согласно этой модели, перемены возможны тогда, когда М. к излечению оказывается сильнее, чем возможные преимущества, которые дает болезнь (сочувствие окружающих, получение помощи, освобождение от работы, ответственности, возможность избежать чего-то или что-то получить и др.).

Согласно модели Долларда и Миллера (Dollard J.A., Miller N.E., 1950), тенденция уклонения от психотерапии обусловливается гордыней, стыдом перед признанием того факта, что не можешь самостоятельно решить свои проблемы, неприятным чувством беспомощности, страхом перед отношением окружающих.

Каждый человек, согласно К. Роджерсу, обладает стремлением к самоактуализации. В процессе психотерапии создаются условия, облегчающие самоактуализацию. Стремление к «идеальному Я», согласно гуманистической психотерапии, является двигателем изменения и лечения.

Адекватная М. в контексте поведенческой психотерапии рассматривается как предпосылка успеха психотерапевтического процесса. Подчеркивается значимость прояснения терапевтических ожиданий клиента и побуждение его к активному участию в терапевтическом процессе. Залог успеха – самостоятельная и направленная активность клиента.

Для клиентов М. в психотерапии выполняет прежде всего функцию поддержки этого процесса: в начале лечения она помогает освоиться со своим положением; в процессе лечения помогает переносить напряжение и трудности, обусловленные психотерапией, не отступать при неудачах. Для психотерапевтов М. пациентов к терапии выполняет прогнозирующую функцию: прогноз успеха излечения тем благоприятнее, чем сильнее у клиента оказывается М. к психотерапии по отношению к стремлению избежать ее.

Изучается влияние на эффективность терапевтического процесса и М. психотерапевта.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Музыкотерапия – одно из древнейших средств групповой психотерапии, использующее специфические особенности эмоционально-психологического воздействия музыки (музицирования) на человека. В той или иной форме М. существовала у всех народов мира, во всех культурах. Ранние формы М. – преимущественно коллективные и син-

кретические, где музыка использовалась наряду с танцем, словесным текстом, растительными препаратами легкого наркотического действия, как правило, в рамках магического обряда, ритуала, воссоздававшего мифологические ситуации, важные для данного этноса. С конца XVIII – начала XIX вв. появляются первые исследования в области М., опирающиеся на клинический материал. Сегодня исследования в области М. обладают обширной информационной инфраструктурой: в Англии, США, Германии, Италии, Японии существуют специальные общества, издается множество журналов (Journal of Music Therapy; British Journal of Music Therapy; Musiktherapie и др.), читаются соответствующие курсы во многих университетах. М. является одним из разделов так называемой арт-терапии.

В современной М. музыка используется как одно из средств пропедевтики, лечения и реабилитации больных соматическими и психическими заболеваниями. Привлекается преимущественно инструментальная музыка в сочетании со словесным внушением и лекарственными средствами. Специфика воздействия музыки связана с активацией различных систем организма и психики: физиологической (изменения частоты пульса, ритма дыхания, работы сердечно-сосудистой системы и др.), сенсорной, двигательной, эмоциональной, когнитивной. Основные эффекты музыкального воздействия связаны с коррекцией нарушенного психоэмоционального статуса индивида (снятием негативных психоэмоциональных состояний, формированием позитивных) и, соответственно, смягчением или снятием соматических симптомов таких нарушений. Отсюда вытекает способность музыки снижать болевые ощущения, вызывать мышечную релаксацию и восстанавливать мышечный тонус при повреждениях двигательной сферы, уменьшать психоэмоциональное напряжение и повышать общий психоэмоциональный тонус. В этой связи М. нашла применение в самых разных областях медицины.

Имеются клинические данные о применении М. в стоматологии, хирургии, гинекологии, урологии, в реабилитации больных после инфаркта миокарда, черепных и спинномозговых травм и даже как средство облегчения тяжелых физических страданий (при терминальных стадиях рака). М. применяется также в дефектологии при лечении речевых дефектов, коррекции дикции. Известны данные о применении М. в психиатрии при достаточно широком круге заболеваний – от неврозов до некоторых форм шизофрении.

В последние годы М. чаще используется как средство реабилитации. Кроме того, музыка (музицирование) может выступать средством общения в случаях, когда речевое общение по каким-либо причинам затруднено (детский аутизм), а также как доступная больному форма активности с целью стимулировать самоконтроль движений, позы и др. В этих целях используются музицирование (игра на музыкальных инструментах или пение), реже – сочинение музыки. Отмечается, что одним из важных объективных показаний к М. служит высокая ценность музыки для пациента (или его семьи).

Однако к настоящему времени не существует достоверно обоснованных принципов отбора музыкальных образцов для составления музыкальных программ терапевтического назначения; вопрос о принципах подбора музыки (имея в виду тот факт, что она должна отвечать возможностям восприятия пациента) остается открытым. Экспериментальные и клинические данные об эффективности терапевтического воздействия музыки противоречивы, что затрудняет их теоретическую интерпретацию. В ряде работ установлено, что физиологические реакции на музыку отдельных индивидов варьируются в широких пределах, вплоть до противоположно направленных. Характер физиологических реакций слушателя определяется его личной музыкальной восприимчивостью и заинтересованностью. У разных лиц «отзывчивость» организма на музыкальное воздействие разная.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.С. Старчеус

Натурпсихотерапия – лечебное влияние природы в качестве фактора психотерапевтического процесса. Положительное влияние на организм человека при его общении с природой оказывает прежде всего ее позитивное в эмоциональном отношении воздействие на него, на его психическое состояние. К лечебным факторам относят также седативный, отвлекающий, активизирующий и катарсический эффекты (под катарсисом при этом понимается не фрейдовское погружение в бессознательное, а «расширение границ индивидуального сознания до

всеобщего... которое по-новому освещает индивидуальный опыт, прошлое человека, помогает ему увидеть свои отклонения и пагубные последствия» – Флоренская Т.В., 1978). Главное же – эстетическое воздействие природы на человека, возвышающее, гармонизирующее его личность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Научение – приобретенное поведение, процесс и результат приобретения индивидуального опыта. В бихевиоризме (Торндайк Э.Л., Уотсон Дж. и др.) трактуется как процесс ассоциирования стимулов и реакций на основе готовности, упражнения, подкрепления или смежности во времени. Виды Н.: а) выработка реактивного поведения (привыкание и сенсибилизация, импринтинг, условные рефлексы); б) выработка оперантного поведения (научение методом проб и ошибок, методом последовательного приближения, путем наблюдения (подражания модели)); в) когнитивное научение (латентное научение, обучение сложным психомоторным навыкам, научение путем инсайта, путем рассуждений).

Научение через наблюдение (викарное научение) – научение, связанное не с собственными действиями, а с наблюдением за чьим-то поведением. Решающим для данного вида научения является косвенное подкрепление: наблюдение за тем, поощрялось или наказывалось поведение модели.

Оперантное обусловливание – вид научения, при котором поведенческие реакции индивида становятся более или менее частыми вследствие подкрепления. Обучение на ошибках – техника поведенческой терапии, с помощью которой добиваются повторения нежелательного поведения, до тех пор пока оно не станет отвергаемым.

▸ *Творогова Н.Д.* Психология. М.: ООО «Издательство Медицинское информационное агентство», 2011

Н.Д. Творогова

Нейролингвистическое программирование (НЛП) (греч. neuron – нерв и лат. lingua – язык, греч. programma – предписание, последовательность) – направление практической психологии, возникшее в 70-е гг. прошлого века в США в результате междисциплинарных исследований в области лингвистики, теории систем, нейрологии, физиологии, антропологии, психологии, психотерапии, философии и анализа деятельности успешных психотерапевтов (Сатир В., Эриксона М., Перлза Ф. и др.). К основателям НЛП относят Дж. Гриндера, Р. Бэндлера, Л. Кэмерон, Дж. Делозье, Р. Дилтса. НЛП можно также определить как объективный способ и язык описания субъективной реальности человека, практический инструментарий, помогающий преобразовывать опыт людей (Плигин А.А.).

В названии НЛП «нейро-» указывает, что любой способ поведения есть результат процесса, осуществляемого в нейронных сетях и мозговых образованиях, проявляющегося в субъективных образах, чувствах, эмоциях, ощущениях (слуховых, зрительных, обонятельных, вкусовых), из которых образуется система репрезентаций реальности. Репрезентации образуют когнитивные карты, позволяющие соотносить новую информацию с имеющейся, определять степени свободы поведения в ситуативном контексте, одновременно задавая пределы опыта, тем самым ограничивая его. «Лингвистическое» обозначает, что не только посредством репрезентации реальности, но и посредством языка строится субъективная модель мира, когнитивная карта актуального, упорядочивающие опыт и придающие ему форму некой последовательности. «Программирование» относится к процессу особого порядка – организации компонентов системы (речь идет об имеющих смысл репрезентациях) для получения определенных результатов поведения. При этом поведение рассматривается в самом широком контексте, например, это может быть макроповедение (улыбка, бросание мяча, бег, изучение физики и др.) или микроповедение (частота биения сердца, темп речи, принятие решения, визуализирование букв какого-нибудь слова или ведение внутреннего диалога). В истории развития НЛП можно выделить несколько периодов.

I. Первоначально НЛП появилось в области коммуникаций и психотерапии. Совместная работа Д. Гриндера и Р. Бэндлера, которые развили традиции когнитивных психологов и лингвистов (в частности, работы Н. Хомского по трансформационной грамматике), привела к создани метамодели – основного инструмента коммуникатора, работающего методами НЛП. Составным частям метамодели посвящена первая книга по НЛП «Структура ма-

гии» (Гриндер Дж., Бэндлер Р. СПб., 1996). В данной работе субъективный опыт рассматривается как взаимосвязь глубинной структуры внутренних репрезентаций с языком как поверхностной структурой; таким образом, слова имеют значение только в том смысле, что они указывают на первичный опыт, являясь кодами реальности. В процессе кодирования сенсорного опыта в слова (в процессе речи человека) и в процессе декодирования (когда слушатель переводит слова в свою систему сенсорных репрезентаций) может теряться или искажаться важная информация. Определенные части или формы языка отражают три основных механизма моделирования опыта человека: 1) обобщение; 2) опущение; 3) искажение. Знание структур языка, каждая из которых специфически отражает эти механизмы, позволяет более точно собрать информацию (после обобщения – детализировать, после опущения – восполнить, после искажения – возвратить к первоначальному значению).

Прикладное значение метамодели особенно велико в психотерапии, где необходимо не только максимально точно понимать, о чем говорит клиент, но и сохранять его собственную семантику в процессе коммуникации. Метамодель также важна при проведении переговоров для получения в кратчайшие сроки желаемого результата.

К структурным частям метамодели относят шесть основных: неконкретные существительные, номинализации (отглагольные существительные), неконкретные глаголы, модальные операторы, универсальные количественные, сравнительные. Каждая из частей сопряжена с действием одного из механизмов моделирования, понимание которого, в свою очередь, обусловливает эффективный способ реагирования коммуникатора. Например, клиент использует в речи сравнительные слова: «лучше», «умнее», «щедрее». Цель использования психотерапевтом метамодели – выяснить отсутствующий эталон сравнения. Способ его реагирования – задать вопрос: «По сравнению с кем/с чем?». Например, «Дмитрий умнее» – «Умнее кого? В чем?».

II. После изучения поверхностной структуры опыта исследователи НЛП обратились к глубинной структуре – сенсорным репрезентациям и репрезентативным системам (модальностям). В отличие от классического подхода к пониманию модальностей (соответствующих сенсорным анализаторам) в НЛП выделяют три репрезентативные системы: 1) визуальную (В) – глазной анализатор, соответствующие ему нейронные пути, отделы кортекса; 2) аудиальную (А) – слуховой анализатор и кости черепа, воспринимающие звуковые колебания, сопряженные с ними нейронные пути и отделы кортекса (при этом принято отделять от репрезентативных систем внутренний диалог (Ад), рассматривая его как метаструктуру, вторичную по отношению к первичному сенсорному опыту); 3) кинестетическую (К) – все чувственные анализаторы, связанные с ними нейронные сети и центры кортекса, т. е. это вкусовая, обонятельная, тактильная и проприоцептивная информация, микро- и макромоторика, а также информация относительно равновесия.

Были выделены внешние и внутренние репрезентативные системы. Внешней зрительной, звуковой и чувственной репрезентативной системе соответствуют внутренние образы, звуки и чувства. Благодаря внутренним репрезентативным системам обеспечивается механизм запоминания любой информации. Большинство людей создают внутренние репрезентации, не осознавая этот процесс. Сознательное изменение репрезентаций впоследствии стало основой многих психотерапевтических техник.

Исследования репрезентативных систем привели Дж. Гриндера и Р. Бэндлера к одной из главных концептуальных идей, заключающейся в том, что одна из репрезентативных систем может быть ведущей, более развитой. Было показано далее, что важными индикаторами репрезентативных систем являются речевые предикаты и глазодвигательные реакции. Примеры визуальных предикатов – слова «увиденный», «показывать», «в дымке» и пр., аудиальных – слова «бесшумно», «со свистом», «припевая», «глухо», «звонко» и пр., кинестетических – слова «с дрожью», «с теплотой», «сладко», «вкусно», «давить», «гладко», «радостно», «с любовью» и пр. Ниже приведена схема глазодвигательных сигналов доступа к репрезентативной системе в процессе мыследеятельности.

Представленная схема отражает пространственную проекцию репрезентативных систем на поле зрения человека, где «к» – сконструированные, «п» – вспоминаемые образы. Схема верна для 95 % правшей. У левшей часто встречается инверсия глазодвигательных реакций (например, визуальное

Таблица. Схема глазодвигательных сигналов доступа к репрезентативной системе в процессе мыследеятельности

Правая сторона		Левая сторона
Визуальное конструирование (Вк)	Концентрация внимания на запоминаниях, эйдетическая память	Визуальные образы (визуальная память) (Вп)
Аудиальное конструирование (Ак)	Концентрация внимания на внешних или внутренних объектах	Аудиальные образы (аудиальная память) (Ап)
Кинестетические образы (К)	Концентрация внимания на внутренних переживаниях	Внутренний диалог (Ад)

конструирование и визуальная память – Вк и Вп – могут проявляться в глазодвигательных сигналах наоборот; также инверсия иногда проявляется для Ак – Ап; К – Ад). Схема показывает, что спонтанные движения глазных яблок человека выше средней линии означают использование им в процессе мышления внутренних визуальных образов, при этом если глазные яблоки идут вверх-вправо – Вк, то это указывает на репрезентацию воспоминаний, которые конструируются из имеющихся образов. Если движение глазных яблок идет вверх-влево – Вп, то это вспоминаемые образы. Если глазные яблоки движутся на средней линии, в процессе мышления задействуются внутренние звуки, слова (конструируемые звуки – Ак и вспоминаемые звуки – Ап организованы аналогично визуальной системе справа и слева). Движение глазных яблок вниз-вправо соответствует чувствам и эмоциям – К, а вниз-влево – внутреннему диалогу – Ад. Схема составлена с позиции самонаблюдения. Для наблюдателя правое и левое меняются местами. Индикаторы модальностей используются для экспресс-диагностики поведенческих стратегий.

Более детально раскрывая строение глубинной структуры опыта индивида, авторы НЛП обогатили теорию сенсорных репрезентативных систем идеями о субмодальностях. Они показали, что каждая репрезентативная система включает в себя характерный для нее набор составляющих, который называется субмодальностями. Они имеют физиологическую основу, например: глаз пересылает огромное количество переменных (размер, цвет, яркость, трехмерность и т. п.) в латеральное геникулярное ядро, затем в визуальную часть кортекса, после чего вся посланная информация хранится в гипоталамусе лимбической системы. Такие переменные в НЛП называются визуальными субмодальностями. К аудиальным относятся: громкость, темп, тембр, ритм, высота и пр. К кинестетическим: форма, площадь, температура, давление и т. д. Субмодальности представляют собой размерности субъективного опыта, поэтому любое состояние человека может быть определено как сочетание субмодальностей, характерное только для него. Изменение субмодальностей вызывает изменение в состоянии человека. Те субмодальности, при изменении которых в одной репрезентации меняются многие другие субмодальности, называются критическими. Большинство психотерапевтических техник НЛП своим результатом достигают изменения субмодальностей в когнитивной карте актуального (в частности, проблемного) состояния клиента, и изменение одной или нескольких субмодальностей какой-либо из систем является их основным содержанием.

III. Третий период в развитии НЛП связан с тем, что, имея теорию репрезентативных систем, авторам НЛП удалось на качественно новой основе развить достижения бихевиористов. «Черный ящик» – внутренний опыт индивидуумов (одна из позиций бихевиоризма) – получил субмодальное наполнение, таким образом удалось создать модель, описывающую микро- и макростратегии. В качестве основной модели организации стратегий поведения была взята модель Т.О.Т.Е. (Миллер Дж., Галантер Ю. и Прибрам К. Планы и структура поведения. 1960). Буквы Т.О.Т.Е. (от англ. test – operations – test – exit) означают «тест – операция – тест – выход». Согласно этой модели, все ментальные и поведенческие программы организованы вокруг фиксированной цели и различных способов достижения этой цели.

Первый «тест» представляет собой репрезентацию цели (эталон) и действует как триггер (спусковой механизм) для запуска процесса, он включает в себя тестовые критерии. «Операции» обеспечивают процесс накопления выборов для получения желаемого результата. Второй «тест» – сравнение первого эталона с полученным результатом. «Выход» – прекращение данного процесса и переход к другому процессу или возврат в начало. Определяя в каждом шаге модели Т.О.Т.Е. модальности и субмодальности и обозначая их символами, создается метаязык, позволяющий записывать особенности когнитивной карты человека.

Основатели НЛП структурно выделили пять основных стратегий комплексного поведения, поскольку все остальные макростратегии комплексного поведения могут быть выведены из этих пяти. К ним относят: 1) «стратегии памяти» – способ декодирования и встраивания опыта, который связан с ведущей репрезентативной системой; 2) «стратегии реальности» – способ различения сконструированных репрезентаций и воспоминаний «реальной» памяти; 3) «стратегии принятия решений» – способы оценок и решений; эта стратегия является основной в модели Т.О.Т.Е. на уровне макроповедения; 4) «стратегии мотивации» – способы побуждения к действиям; 5) «стратегия обучения». Стратегии памяти, мотивации и принятия решения часто объединены в некую целостную стратегию и направлены на цели обучения.

IV. Настоящий этап развития НЛП представляет собой обобщение исследований стратегий людей, достигающих в определенной области феноменальных результатов (Dilts R. Strategies of Genius. 1995. V. I, II). Исследуются стратегии грамотного письма (см. Научно-методический сборник № 1 Московского центра НЛП в образовании. М., 1996). Более глубоко изучаются другие, следующие за репрезентативными системами, «фильтры» восприятия людей; в НЛП они получили название метапрограмм. Например, к ним относится репрезентация времени; показано, что время кодируется на сенсорном уровне в большей степени визуальными субмодальностями, для большинства людей – расстоянием и местоположением. На основе этих исследований разрабатываются сравнительно новые психотерапевтические методики, например методика «временной линии» (Андреас К., Андреас С. Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. СПб., 1995). На метапрограммной основе создана методика LAB PROFIL – лингвистический и поведенческий профиль (BALI Screening Company, inc. Dallas, 1987) для организационного консультирования компаний. Таким образом, разрабатываются прикладные методики в области обучения, психотерапии, менеджмента. В настоящее время последователи НЛП работают во многих странах мира.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.А. Плигин

Ноотропные препараты (ноотропы)(греч. noos – мышление, разум, интеллект и tropos – поворот, направление) – психотропные средства метаболического действия, впервые синтезированные в 1963 г., оказывающие положительное влияние на обменные процессы, кровоснабжение мозга, прямое активирующее влияние на интегративные механизмы мозга, ускоряющие процессы обучения, улучшающие концентрацию внимания, память и умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к «агрессивным» воздействиям, улучшающие кортико-субкортикальные связи.

Эти препараты облегчают передачу информации между полушариями головного мозга, стимулируют передачу возбуждения в центральных нейронах, улучшают кровоснабжение и энергетические процессы мозга, повышают его устойчивость к гипоксии, стимулируют окислительно-восстановительные процессы, повышают энергетический потенциал организма, восстанавливают и стабилизируют нарушенные функции мозга. Отмечается также улучшение общего эмоционального фона, возрастание активности больных при отсутствии обострения продуктивной симптоматики. Прием Н. п. не сопровождается активацией вегетативной нервной системы.

Круг показаний к назначению Н. п. очень широк – это обусловлено большой распространенностью всех разновидностей астении, независимо от ее генеза (невротического, токсического, эндогенно-процессуального, сосудистого, органического и т. п.). При помощи продолжительных (и при необходимости повторных) массивных курсов лечения Н. п. достигнуты значительные терапевтические эффекты у больных со слабоумием при атеросклерозе головного мозга, у больных с расстройствами речи и моторики после мозгового инсульта, с травмати-

ческими повреждениями головного мозга и отмечается существенная задержка прогрессирования болезненных расстройств при сенильной деменции. Отмечены хорошие результаты при введении Н. п. в комплексное лечение больных алкоголизмом (восстановление интеллектуально-мнестических функций). Указывается на положительное действие Н. п. в комплексном лечении больных психозами (некоторое расширение спектра действия нейролептиков, снижение толерантности к антидепрессантам). На завершающих этапах курса терапии используются Н. п. и в неврологической практике для лечения больных, страдающих мигренями и головокружениями. Курс лечения продолжается от 2–3 недель до 2–6 месяцев. Однако большая активность препарата и большая его дозировка коррелируют с появлением побочных действий: бессонницей, раздражительностью, повышением артериального давления. В редких случаях наблюдаются ажитация, агрессивность и половое возбуждение (особенно при деменциях и у больных пожилого возраста), которые могут толкать больного на путь агрессивных действий и сексуальных домогательств. Очень редко наблюдаются диспептические явления, обострение коронарной недостаточности.

Препараты этой группы имеет право назначать только врач, который несет за свои назначения ответственность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Обратная связь (в психотерапии) – 1) получение участниками психотерапевтического процесса взаимной информации о процессе, особенностях и результатах лечебных действий; 2) в процессе групповой психотерапии предоставление пациенту информации о том, как его воспринимают другие участники группы, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздействует на них. О. с. дает возможность участнику группы понять и оценить свою роль в типичных для него межличностных ситуациях и конфликтах и благодаря этому глубже понять собственные проблемы.

О. с. может быть прямой или косвенной, немедленной или отсроченной, аппаратурной или личностной (вербальной и невербальной, оценочной и не содержащей оценки, описательной и содержащей интерпретацию).

О. с. в психотерапии способствует реализации одного из ведущих механизмов ее действия – конфронтации (столкновение, противопоставление). Как источник информации О. с. отличается от интерпретации, которая может быть неточной, искаженной. О. с. является всегда информацией о том, как реагируют на поведение клиента другие участники психотерапевтического процесса; психотерапевтическая группа предоставляет клиенту дифференцированную О. с. от всех участников группы, которые могут по-разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него реагировать. Иногда в группах формируются определенные правила предоставления и принятия О. с. (например: «Говори о своих чувствах, но не оценивай», «Слушай внимательно, но не пытайся ответить каждому» и пр.). Переработка и интеграция содержания О. с. в процессе психотерапии обеспечивают коррекцию личностных характеристик, способствуют формированию более целостного и адекватного образа «Я».

Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы О. с. необходима атмосфера безопасности, принятия, направленности на самоисследование и коррекцию неэффективных моделей поведения. О. с. более эффективна, если она не отсрочена и дифференцирована (поступает к клиенту от нескольких людей). О. с. существует и в рамках индивидуальной психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Обучающие истории – небольшие по объему рассказы, которые в метафорической форме передают терапевтическое «послание» (сообщение).

▸ Притчи человечества. / Сост. В.В. Лавский. Минск: Лотаць, 2001

Н.Д. Творогова

Общение врача с пациентом – это общение ролевое, которое предписывает характер социальной перцепции, коммуникации и взаимодействия с клиентом, обладает терапевтическим эффектом.

Данные доказательной медицины свидетельствуют о значимости для лечебного процесса личностно открытого общения врача и пациента. Дж. Франк идентифицировал ряд общих факторов, повышаю-

щих моральный дух пациента, среди них – глубокие доверительные отношения с оказывающим помощь. Профессия в большинстве случаев требует от врача диалогического общения со своим пациентом. В Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ответственность за состояние здоровья возложена не только на врача, но и на пациента. Р. Витч выделил четыре наиболее распространенные модели взаимодействия врача и пациента: инженерная, патерналистская (или «пасторская»), коллегиальная и контрактная (или «договорная»).

1. Инженерная модель: врач относится к пациенту как к «биологическому механизму». Эта модель предполагает манипулятивную практику взаимодействия с пациентом, рассматривает его только как материальную конструкцию, не использует внутренние ресурсы его психики.

2. Патерналистская модель: взаимоотношения врача и пациента строятся с позиций моральных норм отеческого отношения, заботы первого в отношении второго; общение между ними исключительно по вертикали. Полномочия в борьбе с болезнями в этой модели отданы врачу. Вмешательство пациента в лечение считается недопустимым.

3. Контрактная модель: между врачом и пациентом заключается (письменно, устно) контракт, согласно которому проводится лечение. Контракт составляется обоими свободно с учетом интересов каждого. Пациент согласно этой модели активно соучаствует в планировании лечебного процесса, оценке его эффективности. Однако его доверительные отношения со своим лечащим врачом заменены на формализованные рыночные отношения, построенные на юридической основе.

4. Коллегиальная модель: совместные партнерские усилия врача и пациента в борьбе с болезнью подразумевают информированность пациента о состоянии здоровья, поставленном ему диагнозе, прогнозе течения заболевания и предполагаемых методах лечения. В реальной жизни такая коллегиальность может быть затруднена как из-за недостаточной компетентности пациента в отношении сути медицинского подхода к лечению, оценке предлагаемых ему способов лечения и перспектив выздоровления, так и из-за возможной принадлежности врача и пациента к разным культурам, традициям, образу жизни.

В настоящее время в отечественной медицинской практике используются все эти четыре модели О. в. с п. Доминирует патерналистская модель, наметилось движение в сторону коллегиальной и контрактной моделей. Принципы «антиинженерного» (необезличенного) подхода к пациенту зафиксированы отечественными специалистами по биоэтике в виде следующих принципов, предполагающих активность пациента, вступающего в диалог с врачом и не чувствующего в этой форме общения ущемления своей личности: 1) принцип уважения человеческого достоинства; 2) принцип «твори добро и не причиняй зло»; 3) принцип признания автономности личности; 4) принцип справедливости; 5) принцип наименьшего ограничения свободы пациента. Специалисты по биоэтике сформулировали следующие правила О. в. с п.: а) правило правдивости; б) неприкосновенности частной жизни; в) конфиденциальности (сохранения врачебной тайны); г) добровольного информированного согласия.

Компетентное субъект-субъектное О. в. с п. опосредствовано стандартами делового общения медицинского работника, которые не исключают, а только подчеркивают значимость способности врача к управлению своим общением с пациентом (Творогова Н.Д., 1992). Возможные нарушения в управлении своим профессиональным общением с пациентами могут иметь следствием появление у врача синдрома хронической усталости (астении переутомления), синдрома эмоционального выгорания, поведения, нарушающего медицинскую этику и стандарты профессионального общения (например, появление агрессивного поведения) и др., что вредит лечебному процессу.

▸ Биоэтика. Вопросы и ответы / Сост. и отв. ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко. М., 2005; Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний / Под ред. Н.Д. Ющука, И.В. Маева, К.Г. Гуревича. М.: Перо, 2012; *Педлтон Д.,Скоуфилд Т., Хавлок П.* Врач и больной: искусство общения. М., 2005; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л., 1984; *Творогова Н.Д., Кулешова К.В.* Медицинская психология. М., 2002; *Творогова Н.Д.* Как научиться общаться с пациентом // Медицинская академия. 2007. № 1

К.В. Кулешова

Общение как лечебный фактор – использование механизмов и различных форм общения для про-

филактики и преодоления отклонений в психическом функционировании и личности субъекта. Использование общения как лечебного фактора имеет два основных аспекта: 1) групповые формы психологической профилактики при внебольничной психологической помощи; 2) групповые формы психологической коррекции в медицинской практике. Групповая и индивидуальная психопрофилактическая работа находит в последние годы все более широкое применение в самых различных формах внебольничной помощи: группы социально-психологического тренинга, деловые и организационно-управленческие игры, клубы, группы и вечера общения, семейная психотерапия, игровая психологическая коррекция общения «проблемных» дошкольников и школьников, психологические консультации, телефон доверия и др. Все эти формы деятельности ставят задачу воспитующего и духовно развивающего общения через формирование и развитие навыков диалогического, открытого, аутентичного и адекватного ситуации общения, а также коррекции стихийно сложившихся неэффективных и неадекватных способов и форм общения.

В групповой психопрофилактической работе используются разные виды деятельности: дискуссии, ролевые игры, тренинг сенситивности и эмоциональной децентрации, групповое художественное творчество, драматизация, библиотерапия (обсуждение образов и обобщений из литературных произведений), психогимнастические невербальные упражнения, элементы релаксации, рисунок, пантомима, схемы (например, симпатий – антипатий), широко используются ассоциации, образы, метафоры, музыка, танцы-импровизации и другие методы групповой арт-терапии. В результате социопсихологического тренинга у участников группы формируется активная установка на гуманное отношение к окружающим, которая становится основой самовоспитания, способствует социальной адаптации, профилактике межличностных (семейных, производственных, школьных и др.), а также невротических конфликтов личности, повышению резистентности к неудачам и трудностям, формированию готовности к обучению «проблемных» школьников (успешность учения зависит не только от сформированности познавательных умений, но и от овладения навыками общения). Трудности в коммуникативной сфере преодолеваются и корректируются организацией полноценного диалогичного межличностного общения.

▸ *Глозман Ж.М.* Общение и здоровье личности. М., 2002; *Мясищев В.Н.* Психология отношений. М.–Воронеж, 1998; Психология общения. Словарь. М., 2015

Ж.М. Глозман

Общение организации, оказывающей психологическую (медицинскую) помощь, с клиентом – относится к одной из моделей теоретического анализа общения (Андреева Г.М., 2005), в которой субъектами общения являются группа и личность. При таком общении прямые, непосредственные интеракции между личностью и организацией (всякая организация представляет собой определенную группу – Андреева Г.М., 2005) могут как присутствовать, так и отсутствовать. В социально-перцептивных процессах личность имеет дело не столько с самой организацией (воспринимаемой как некоторая целостность), сколько с ее имиджем (Петрова Е.А., 2005). Этот сформировавшийся устойчивый образ самостоятельно функционирует в системе отношений личности с группой, выполняя регулятивную функцию. Процесс общения организации с личностью предполагает наличие коммуникации между ними. В рамках психологии рекламы изучается содержание рекламных посланий, форма их представлений, последовательность коммуникативных воздействий организации, которые способны привести, например, потенциального покупателя продаваемых ею медицинских, психологических услуг к их покупке (манипулятивная стратегия воздействия не предполагает при этом равенства субъектов общения). В поддержании эффективной коммуникации между организацией и каждым ее клиентом из целевых групп профессионально участвуют и PR-специалисты.

В контексте социально-перцептивных процессов изучаются стереотипы, участвующие в восприятии личностью таких социальных объектов, как организация: «Нам говорят о мире до того, как познаем его на опыте» (Lippman, 1922). Стереотип содержит в себе когнитивный образ, обеспечивающий предрасположенность субъекта к восприятию соответствующей информации, и инструментально-практическую установку, создающую контекст оценивания информации и внутренней готовности субъекта к последующим действиям; он заряжен чувствами.

Стереотипы автоматизируют когнитивные процессы, помогая без затруднения давать оценку тем явлениям, объектам, которых касаются стереотипные суждения и в отношении которых не сформировался свой собственный устойчивый опыт взаимодействия. Например, отношению доверие/недоверие лечебно-профилактическому учреждению может соответствовать тот или иной стереотип его восприятия определенной группой населения.

Организация, имеющая дело с клиентами, обычно привлекает к этой работе своего представителя, который является ее своеобразным «лицом». Представитель в гражданском праве — это лицо, совершающее сделку или иное юридическое действие от имени другого лица (представляемого). Представитель организации в коммуникации с ее клиентом призван предоставлять интересующую последнего информацию. В силу этого он должен восприниматься как человек информированный и компетентный, готовый оказать помощь пришедшему, работать не только в интересах организации, но и в интересах клиента. Поскольку сами по себе внешний вид, речь партнера по общению не связаны однозначно с его внутренним психологическим планом, то межличностное восприятие для каждого превращается в решение психологической задачи. Представитель организации подсказывает клиенту ответ на эту задачу. Делает он это с помощью своего продуманного имиджа, своей коммуникативной компетентности. Публичное лицо организации должно соответствовать по возрасту, внешнему виду, придерживающимся ею ценностям, которые она заявляет в своем общении, ожиданиям своего клиента, представителя целевой группы. Публичное лицо должно быть в состоянии с самого начала вызывать авансированное доверие у того, с кем предстоит общаться (Скрипкина Т.П., 1998).

Поскольку организация через представителя транслирует клиенту свою корпоративную философию, ценности, историю-легенду организации, то создание имиджа представителя обязано учитывать и «текст этого послания». Образ организации при восприятии клиентом ее представителя является своеобразным его фоном (восприятие каждого осуществляется в групповом контексте — Андреева Г.М., Донцов А.И., 1981). Заботясь об имидже своего представителя, топ-менеджеры организации наделяют символическим значением отдельные элементы организационного пространства. Предметная среда, в которой он находится, помимо культурно-исторической и пространственно-ориентирующей информации, содержит в себе знаки, которые становятся для реципиента знаками-индикаторами личности инципиента, той организации, которую она представляет. Знаки предметной среды, взаимодействуя с другими визуальными знаковыми системами внешнего облика представителя организации, вносят существенный вклад в формирование его имиджа в условиях формирования первого впечатления о нем. Имиджи лечебно-профилактического учреждения и его представителей могут не только облегчать, но и затруднять их общение с теми или иными группами своих потенциальных клиентов (блокировать общение в его истоках). Уже в ходе начавшегося общения у клиента может возникнуть недоверие к лечебно-профилактическому учреждению, что поставит под сомнение его дальнейшее общение с ним.

Отношение доверия/недоверия личности организации при недостатке интеракций между ними зависит, однако, не только от сформированных в обществе имиджей организации (ее отдельных представителей), но и от доверия личности каналу, по которому к ней поступает информация об этой организации, и от имеющихся у нее субъективных образов: а) образа идеальной организации, которой доверяешь и поэтому хочешь с ней общаться (образ-позитив); б) образу организации, которой не доверяешь и поэтому не хочешь иметь с ней никаких дел (образ-негатив) (Кулешов Д.В., 2010). При этом доверие рассматривается как показатель удовлетворения потребности личности в безопасности (Творогова Н.Д., Кулешов Д.В., 2011).

▸ *Андреева Г.М.* Принцип деятельности и исследование общения // Общение и деятельность. Прага, 1981; *Она же.* Психология социального познания. М., 2005; *Кулешов Д.В.* Общественное здоровье и PR-технологии // Тенденции и перспективы развития системы социально-психологической помощи в регионе. Казань, 2002; *Он же.* Паблик рилейшнз — посредник между клиническим психологом и населением в программах поддержания общественного здоровья // Материалы III Съезда психологов России. СПб., 2003; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д., Кулешов Д.В.* Доверие как индикатор удовлетворения потребности в безопасности // Психология безопасности, психологическая безопасность личности: человек и общество. Махачкала: АЛЕФ, 2011. С. 102–109

Д.В. Кулешов

Общение при угрозе со стороны клиента, имеющей разные причины (бред, маниакальное состояние, состояние аффекта, наркотическое опьянение, нахождение в кризисной ситуации, обычная невоспитанность и пр.). Предусматривает общие правила поведения практикующего психолога в случае вербальной агрессии и (или) возникновения физической угрозы: 1) не заострять внимание человека на том, что он говорит, понуждением его к подробностям; 2) не выдавать свое волнение и тем более страх; 3) не вступать в спор; 4) не стесняться вызвать скорую помощь с бригадой психиатра или обратиться за помощью к охране, в полицию.

В случае возникшего конфликта, виновником которого может быть как сам психолог, так и клиент, полезно (при условии, что клиент личностно сохранен): а) принести свои извинения; б) контролировать свои эмоции, даже если клиент грубит, повышает голос (возможно, для него это способ сбросить накопившиеся негативные эмоции; он может переносить на психолога скопившиеся у него претензии к официальным лицам или кому-нибудь из своего окружения и др.); в) дать время, чтобы клиент высказался, а затем предложить ему выразить свою претензию на бумаге; г) вызвать у себя жалость к клиенту, который кричит именно потому, что ему плохо, что он нуждается в помощи; можно сказать, что вы понимаете его и сами могли бы так же среагировать, если бы попали в его ситуацию, однако можно попытаться найти и другие пути, как из этой ситуации выбраться («присоединение» к клиенту, а не осуждение его); д) конкретизировать ситуацию; уточнить, как бы клиент хотел, чтобы было, что конкретно он хочет, чтобы психолог сделал и пр.; обсудить возможные варианты выхода из ситуации; е) добиваться компромисса или лучше разрешения конфликта, придерживаясь стратегии «выигрыш – выигрыш»; ж) подключить, в случае если общее решение о выходе из конфликта не найдено, третью сторону; авторитетное решение может быть получено: 1) административно (обращение к руководству различного уровня); 2) с участием омбудсмена (швед. ombudsman – «представитель», во многих странах Европы это независимый правозащитник, имеющий офис в больнице, к которому пациент может обратиться напрямую, получить разъяснения о своих правах); 3) с участием профессиональной ассоциации (например, обращение в комитет по этике Российского психологического общества, обращение к авторитетному для клиента специалисту); 4) через суд.

После общения с клиентом психологу лучше проинформировать администрацию о конфликте, до того как это сделает клиент (далее ответственность ложится на руководство). Информировать лучше письменно (составить рапорт или служебную записку с кратким описанием возникшей проблемы); клиент мог предъявлять запросы, которые психолог не уполномочен удовлетворять. Если конфликт выходит за пределы учреждения, в котором психолог работает, то непосредственный руководитель может решить, что сотрудник должен понести какое-то наказание уже за сам факт наличия конфликта с клиентом. Практикующий психолог должен знать свои обязанности, права, правила учреждения, в котором он работает, нормативы своей работы, действующие инструкции, прочие нормативные документы.

Любой практикующий психолог обязан быть подготовлен к профессиональной работе с агрессией клиента, естественно, лучше ее гасить, вовремя диагностировав зарождение гнева (как у себя, так и у своего клиента).

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д.* Психология управления. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007; *Егорова Ю.* Конфликтная зона // Катрен-стиль. 2012. № 6(109). С. 18–21

Н.Д. Творогова

Общение психолога, работающего в медицинском учреждении, – сфера общения, подчиненного профилактическим, лечебным, реабилитационным целям; включает межличностное общение (в системе «психолог – пациент», «психолог – врач», «психолог – медсестра» по аналогии с «врач – медсестра», «врач – пациент», «медсестра – пациент», «провизор – пациент» и др.), межгрупповое общение (например, одного медицинского учреждения с другим; одной медицинской бригады с другой; медицинской бригады с медицинским учреждением и пр.), общение личности с группой (например, психолога с медицинской бригадой, психолога с медицинским учреждением и пр.), общение профессионального психологического сообщества со всем обществом.

Полифункциональность О.п. предполагает, что в реальном акте непосредственного общения его функции (в разных вариантах классификации) выступают в единстве. Среди функций многомерного процесса О.п. можно выделить традиционные для него: регуляционно-коммуникативную (например, организация такого взаимодействия, при котором врач, психолог, медсестра и пациент выступают вместе против болезни), информационно-коммуникативную, аффективно-коммуникативную (Ломов Б.Ф., 1984). Изучаются и диагностическая, профилактическая, терапевтическая, реабилитационная функции О.п. (Творогова Н.Д., 2008).

Среди видов О.п. рассматриваются прямое (непосредственное) и косвенное (опосредованное), активное и пассивное, кратковременное и устойчивое, заинтересованное и незаинтересованное, деловое и межличностное, субъект-субъектное и субъект-объектное, а также манипулятивное, раппортное и др. А.А. Леонтьев (1977) выделяет следующие характеристики и в соответствии с ними строит классификацию видов общения: а) ориентация общения (социально-ориентированное, личностно-ориентированное); б) психологическая динамика общения (информирование, обучение, внушение, убеждение и др.); в) семиотическая специализация (какие средства используются в общении, например материальные или знаковые, речевые); г) степень опосредованности (имеется в виду «социальная» дистанция, отделяющая коммуникатора от реципиента). Для характеристики профессионального общения психолога, врача, медсестры значима классификация его видов в зависимости от меры презентации в нем внутреннего мира личности (Абульханова-Славская К.А., 1981; Бобнева М.И., 1981; и др.).

Различные виды О.п. принимают те или иные формы в зависимости от субъектов и средств реализации общения (вербальных и невербальных).

Подчеркивая многоуровневую организацию общения, в нем выделяют (Ананьев Б.Г., 1980) макро-, мезо- и микроуровни в зависимости от среды, в которой оно протекает: а) общество, в котором живут люди; б) различные типы групп, членами которых они выступают; то ближайшее окружение, с которым они чаще всего вступают в контакт; в) формирующиеся и реализующиеся в общении индивидуальные характеристики взаимодействующих людей как субъектов этой деятельности. Выделение макро-, мезо- и микроуровня анализа проводится и с учетом протекания общения в разных интервалах времени (Ломов Б.Ф., 1984). На первом уровне (макроуровне) изучается развитие общения в интервалах времени, сопоставимых с длительностью жизни человека; этот уровень является основным в исследовании пациента, его личности, семейного положения и пр. Второй уровень анализа (мезоуровень) относится к изучению отдельных контактов; речь идет о совместной деятельности, беседе, например, психолога и пациента. Третий уровень (микроуровень) предполагает изучение отдельных сопряженных актов общения, выступающих в роли своеобразных его единиц. На любом уровне общения личности в его структуре можно выделить (Ананьев Б.Г., 1980): а) средства как речевые, так и невербальные; б) получение информации о людях и межличностных отношениях; в) коммуникацию и саморегуляцию поступков; г) преобразование внутреннего мира самой личности.

В структуре общения в нашей стране уже стало традицией выделять взаимосвязанные стороны (Андреева Г.Н., 1980): коммуникативную, интерактивную и перцептивную. Ранее было выдвинуто положение (Мясищев В.Н., 1970) также о трехкомпонентной его структуре, функциональными элементами которой являются социальное отражение, эмоциональное отношение и характеристики поведенческих паттернов (или обращение).

Предприняты попытки рассматривать структуру общения через структуру коммуникативной ситуации (Бахтин М.М., 1979); наличие коммуникативной интенции, установки на общение, «на слово», т. е. возникновение коммуникативной ситуации, является условием возникновения, в частности, между психологом и пациентом диалогических отношений. Структура диалога, в том числе и в О.п., включает: а) установку на сообщение; б) коммуникативную ситуацию; в) сообщение предметной мысли и своего отношения к ней; г) порождение у общающихся отношений друг к другу; д) ответную реакцию слушающего, направленную либо на диктум (предметное содержание), либо на модус (отношение к содержанию) говорящего.

Исходя из положения о близости по происхождению человеческой деятельности и общения,

а также используя методологический принцип изоморфизма, структурные элементы человеческого общения оцениваются в соответствии со структурой человеческой деятельности (Леонтьев А.А., 1974; Творогова Н.Д., 1976; Новикова Р.К., 1977; Гладышев В.И., 1983). В основные компоненты строения человеческого общения (в том числе и профессионального) в этом случае включаются: его субъект, объект, социальные потребности, коммуникативные цели, действия, направленные на достижение целей, технологические способы и используемые средства общения, результаты, обратная связь. Такой анализ общения приводит к выделению его мотивационно-целевых, ориентировочных компонентов, состава действий. А.А. Леонтьев (1977) рассматривает следующие фазы деятельности общения: фаза ориентировки и планирования (ее компоненты: мотивация, коммуникативные потребности, личностные факторы, установка на собеседника, микросоциологические факторы общения, ситуативные факторы ориентировки, выбор «социальной техники» предстоящего общения); фаза реализации плана деятельности; этап контроля (различные формы социального контроля). По мнению Я.Л. Коломинского (1980), в живом акте межличностного общения слиты воедино операционный, процессуальный и мотивационный, отношенческий компоненты.

У каждого психолога (врача, медсестры, провизора) формируется индивидуальный стиль профессионального общения, который рассматривается как совокупность относительно устойчивых и конкретных для данной личности приемов и методов организации общения, направленного на решение определенных (в частности, профессионально значимых) задач (Курбанова А.Г., Рахматуллина Ф.М., 1983). Стиль общения характеризуется как индивидуальная система коммуникативных операций (Мерлин В.С., 1986). Индивидуальный стиль общения связан с особенностями личности профессионала. В то же время стиль общения — это подвижная, изменяющаяся в зависимости от ситуации система использования средств и способов общения. Адекватность стиля общения ставится в зависимость от соответствия используемых профессионалом средств и способов общения характеру корпоративной культуры медицинского учреждения, особенностям пациентов, специфике и организации лечебного (профилактического, реабилитационного) процесса. По степени адекватности можно выделить гибкий, ригидный (жесткий), переходный стиль общения медицинского работника.

Совместимость психолога (врача, медсестры) с пациентом — объективное соотношение тех или иных характеристик вступивших в общение людей — осознается ими как взаимная симпатия, «притяжение», способствует формированию положительных эмоциональных установок друг к другу и обозначается в психологической литературе термином «психологическая совместимость» (Горбов С.Д., Новиков М.А., 1974; и др.). Показано влияние на совместимость таких природных факторов, как биологические ритмы (Агаджанян Н.А., 1967, 1978; Ягодинский В.Н., 1985; Устинов О.Н., Урываев Ю.В., Орлов Ю.М., 1989). Отмечено, что свойства, которые базируются на врожденных особенностях индивида (например, свойствах нервной системы), у совместимых партнеров скорее контрастные, чем подобные; личные же свойства, обусловленные влиянием социокультурной среды, скорее подобны (структурный подход к исследованию совместимости). Исследуется также влияние согласованности социальных ролей, носителями которых являются индивиды, на показатели их психологической совместимости (функциональный подход). Согласование характеристик культурного фонда личности партнеров также является фактором их совместимости (адаптивный подход) (Обозов Н.Н., Обозова А.Н., 1981). Выделяют и такую иерархию уровней совместимости (Петровский А.В., 1982): а) психофизиологическая совместимость темпераментов, согласованность сенсомоторных актов; б) согласованность функционально-ролевых ожиданий; в) ценностно-ориентационное единство, адекватное принятие и возложение ответственности за успех и неудачи. Совместимость можно рассматривать не только как межличностный феномен, являющийся следствием совмещения или несовмещения тех или иных устойчивых характеристик индивидов в рамках их личных отношений, но и как результат процесса их взаимодействия, в частности как результат общения психолога (врача, медсестры) с пациентом. Совместимость психолога (медицинского работника) с пациентом обычно сопровождается межличност-

ной симпатией, основывающейся на принципах взаимности и вознаграждения (Аскевис-Леерпе Ф., Барух К., Картрон А., 2006). Симпатия выражается в положительном отношении к другому и желанию быть с ним рядом. Она приводит к отношениям, характер, сила и продолжительность которых колеблются от простых формальных отношений до более интимных (дружба, любовь). Известно, что уже простые контакты, частота встреч повышают вероятность благожелательного отношения к другому человеку (Зайонк Р., 1968). Взаимодействие позволяет обнаружить возможное сходство (как правило, человека привлекают те, кто разделяет его систему ценностей, кто принадлежит к той же социальной среде, имеет схожие увлечения и др.). Привлекают и те, кого считают красивым (впрочем, и красивым считают того, кому симпатизируют); красота не сводится только к ее физической составляющей и воспринимается в сочетании с другими положительными характеристиками, такими как интеллект и доброта. Психолог (как и врач) всегда заботится о своем имидже, в котором его внешний вид, профессиональная компетентность, доброжелательное отношение к пациентам занимают не последнее место. Для поддержания длительных положительных отношений необходимо, чтобы их польза и вознаграждение превосходили цену их достижения (Аскевис-Леерпе Ф., Барух К., Картрон А., 2006).

Общение психолога (медицинского работника) и пациента не симметрично в силу разных ролевых позиций его участников. Ответственность за результаты такого общения также распределена неравномерно («Пациент всегда прав по определению»). Специалисту приходится уметь управлять своим профессиональным общением, чтобы достигнуть профессионально значимых целей. Такое управление предполагает осознанное воздействие на процесс общения с учетом цели лечебного процесса, своего состояния и состояния пациента, постоянно поступающей обратной связи, что приближает процесс профессионального общения с пациентом к решению задач, значимых для его участников. О.п. регламентировано; предписывается определенный характер взаимоотношений и взаимодействий с пациентами. Требования к такому общению частично описаны в должностных инструкциях, в принятых в профессиональной среде правилах поведения, частично закреплены в традициях учреждения, в котором психолог работает. В своем общении психолог ориентируется на этические нормы, выработанные профессиональным сообществом (этические кодексы психолога, врача, медсестры России), которые воспроизводят общечеловеческие нормы морали (профессиональный долг, соблюдение прав человека, обязательства по отношению к обществу, гуманизм и др.) и отражают специфику его профессиональной деятельности (одним из важнейших требований профессиональной этики является предпочтение в любой ситуации интересов пациента, клиента). В своем профессиональном общении психолог в определенной мере лишается спонтанности, непредсказуемости, его шаги и действия стандартизируются, диктуются исполняемой им ролью. Конвенциональная роль психолога – это представление о предписанном шаблоне поведения, которое ожидается и требуется от него в ситуации оказания психологической помощи, когда известна позиция, занимаемая им в совместном с пациентом (клиентом) общении. Ролевая защита способствует усилению деперсонификации общения с пациентом (сокрытию психологом своего личностного, проблемно-смыслового поля – Хараш А.У., 1987). Координация совместных усилий психолога и пациента зависит от того, насколько они одинаково понимают роли друг друга. Ролевой барьер – расхождения представлений психолога и пациента о нормах поведения, соответствующих их ситуативной социальной роли. Для углубления психологического контакта с пациентом психолог может использовать самораскрытие. Поскольку ролевая защита не всегда оказывается надежной, психолог, чтобы находиться в «рабочем состоянии», не нарушить с пациентом терапевтических отношений, нередко прибегает к супервизии (форма консультирования специалиста в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой).

Психологу приходится иметь дело с людьми, у которых разные характеры, разное социальное, экономическое положение, которые могут придерживаться разных политических взглядов, религиозных убеждений, нетрадиционных сексуальных ориентаций и пр. И со всеми он должен быть профессионален, максимально хорошо выполнять долж-

ностные обязанности, проявлять компетентность в общении. От психолога (как и от врача, медсестры) требуется толерантность к расовым, национальным, политическим и другим характеристикам их пациентов. «Принятие пациента» не означает обязательного «согласия с ним», разделения его взглядов, отказа от своих собственных убеждений.

При оценке эффективности профессионального общения психолога с пациентом учитываются цели и задачи, которые он стремился реализовать в работе с конкретным пациентом. При этом оценка исходит не только от независимого «оценщика» (родственники, заведующий отделением, старшая медсестра и др. – так называемые объективные данные), но и от самих пациентов, от психолога (субъективные показатели).

▸ *Творогова Н.Д.* Деловое общение. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2001; *Она же*. Деловое общение преподавателя медицинского вуза: учебно-методическое пособие. Омск: Отдел международного сотрудничества ОмГМА, 2012; *Она же*. Общение: диагностика и управление. М.: Смысл, 2002; *Она же*. Психология управления общением личности. Дисс. … д-ра психол. наук. М., 1992; Психология общения. Словарь. М., 2015

Н.Д. Творогова

Общение психотерапевта с клиентом по телефону – с 80-х гг. прошлого столетия активно используемая форма психологической помощи, имеющая пространственные и временные особенности, обладающая рядом преимуществ: доступность психотерапевта, максимальная анонимность, возможность в любой момент прервать контакт.

Цель телефонного психологического консультирования – предотвратить развитие остро возникших кризисных состояний, помочь разрешить психотравмирующую ситуацию. Его основные задачи: 1) помощь в овладении и преодолении актуальной психотравмирующей ситуации; включает эмпатическую поддержку и когнитивное руководство; 2) коррекция неадаптивных личностных установок, обусловливающих развитие кризисных, и др. Решение указанных задач требует соблюдения определенных принципов телефонной психологической помощи: установление взаимоотношений «сопереживающего партнерства», последовательность этапов психологического консультирования.

На разных этапах такого общения при установлении контакта используют следующие техники: «вентиляция» чувств, подкрепление позитивных настроений, эмпатия, исследование суицидального риска, при его наличии – вербализация суицидальных переживаний, в случае возможных суицидальных тенденций – договор об отказе от самоубийства. В целях интеллектуального овладения ситуацией могут применяться следующие техники: структурирование ситуации, преодоление исключительности ситуации, включение последней в контекст жизненного пути, снятие остроты ситуации, терапия успехами и достижениями, повторение содержания высказываний клиента, отражение и разделение его эмоций, поиск источников этих эмоций, конкретизация и формулирование ситуации. При наличии суицидальных установок абонента они корректируются. На этапе планирования действий, необходимых для преодоления критической ситуации, используются техники: идентификация целей, фокусирование на ситуации, удержание паузы. Завершение консультации обычно вызывает у клиента тревогу, которую необходимо разделить; следует укрепить его уверенность в собственных силах и обсудить, каким образом опыт разрешения проблемы, с которой он обратился, будет полезен ему для преодоления жизненных трудностей в будущем.

А.Н. Моховиков (2001) указывает на запрещенные приемы телефонного консультирования: 1) высказывания-решения, перекладывающие ответственность с абонента на консультанта: а) указания, приказы, направления; б) предупреждения, угрозы, убеждения; в) морализирование, поучения, наставления; г) советы, предложения, решения; д) убеждение путем спора, инструктирование, лекция; 2) высказывания, снижающие самооценку собеседника: а) осуждение, критика, несогласие, обвинение; б) чрезмерное восхваление, манипулятивное согласие, лицемерное одобрение, обещание награды; в) высмеивание, стремление пристыдить; г) интерпретация, анализ, постановка «диагноза»; д) разубеждение, формальное утешение, поддержка как «заговаривание зубов»; е) расследование, допрашивание; высказывание отрицания с целью снизить значение переживаний абонента: уход от проблемы, отвлечения, насмешка.

К типичным ошибкам телефонного общения консультанта относят: а) чрезмерно быструю

формулировку им проблемы клиента; б) беседу о проблеме, а не о человеке (клиенте); в) неприятие ценностей клиента; г) обсуждение ложной (навязанной консультантом) проблемы; д) взгляд свысока, позицию знающего ответы на все вопросы эксперта; е) обвинение.

Основания для прекращения беседы: клиент предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола; настойчиво интересуется личностью консультанта; требует наставлений; настаивает на встрече с консультантом или просит перезвонить ему; на множество предложенных консультантом альтернатив реагирует по типу: «Да, но...»; рассказывает различные истории или болтает о мелочах; просит: «Подождите, пока я...»; все время повторяется; ждет гарантий или стремится переложить всю ответственность на консультанта и, наконец, когда консультант исчерпал все свои внутренние резервы и сам нуждается в завершении разговора.

Важная особенность телефонного консультирования – исключительно вербальный контакт с клиентом. Психолог диагностирует состояние клиента на основе аудиального анализа его речи. Это облегчает его работу, т. к. исключает информационную нагрузку с других сенсорных каналов, но в то же время создает сложности, поскольку от консультанта в этих условиях требуются специальные умения и навыки для извлечения максимального количества информации без опоры на другие каналы получения информации. Кроме того, от него требуется овладение выбором наиболее эффективных вербальных методов воздействия на клиента.

Поскольку в телефонном общении исключен визуальный контакт, особое значение приобретают различные речевые характеристики: тон, тембр, громкость, скорость и т. д. Психолог обязательно отслеживает соответствие вербальных и интонационных проявлений клиента. Обнаружение неконгруэнтности смысла высказывания и тона голоса клиента помогает психологу разобраться в сути проблемы быстрее, чем длительное выяснение. Особенности речи клиента говорят и об особенностях его психических процессов, свойствах личности.

Глубина доверительных отношений в телефонном диалоге может быть различной. Наиболее прочным и продуктивным оказывается доверие, которое затрагивает уровень не только сознания, но и подсознания, являясь, в терминах эриксонианской терапии, раппортом.

Телефонное общение имеет следующие отличия от очного консультативного общения: формирование подсознательного доверия возможно на основе прямой подстройки, т. е. отражения дыхания собеседника через речь: консультанту следует говорить на выдохе клиента, уменьшать частоту дыхания, что способствует уменьшению эмоционального напряжения собеседника. Невозможно при этом отражать его позу, жесты и движения, поскольку клиент невидим.

Поведение консультанта должно быть открытым, живым и естественным, отражающим его внутренний комфорт и эмоциональную стабильность. Важным является не столько то, что говорит консультант, сколько то, как он это делает.

▸ *Меновщиков В.Ю.* Введение в психологическое консультирование. М.: Смысл, 1999; *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. М.: Смысл, 1999; Практика телефонного консультирования: хрестоматия / Ред.-сост. А.Н. Моховиков. М.: Смысл, 2005; Психология общения. Словарь. М., 2015

Н.А. Русина

Общение саногенное – общение, способствующее приближению его участников к здоровью, благополучию в тех или иных сферах их жизни (общение в общем случае может приводить и к возникновению расстройств здоровья); не является указанием только на профессиональное общение специалиста помогающей профессии. Личность с помощью своих физических и психических ресурсов имеет возможность через каждодневное общение претворять свои высшие устремления в продукты не только материального, но и социального мира. Для О. с. важно, чтобы высшие духовные ценности, метапотребности в терминологии А. Маслоу, стали его регуляторами (инициировали постановку личностью повседневных целей своего общения, выработку программ и выбор средств их достижения, участвовали в самооценке эффективности своего общения). Регуляция общения высшими духовными ценностями не дается субъекту изначально, а достигается напряженными духовными исканиями. Для придания саногенных свойств своему общению важно придерживаться общей саноцентристской

направленности своей активности (направленности на благополучие), ставить перед собой позитивные цели, культивировать саногенное мышление (как разновидность позитивного мышления), извлекать уроки из предшествовавшего опыта, из своих побед и поражений, уметь вносить коррективы в свое поведение (не быть рабом сложившихся стереотипов общения). Такое общение предполагает и заботу личности о своем физическом и психическом здоровье, ответственность за него; в силу этого общение может дозироваться его субъектом, предполагать выбор партнеров для общения, выбор продолжительности и глубины контактов с ними, может предполагать возможность одностороннего выхода из общения, которое разрушает его личность, и др. О. с. не только предполагает поддержание в процессе его осуществления благополучия (духовного, психологического, психического, физического) человека, в него вступившего, но и его готовность, умение выходить за границы собственных Эго-интересов, фокусироваться на проблемах другого, создавать условия для доверительного с ним общения (чтобы партнер чувствовал себя в безопасности, не прибегал к «аварийному» поведению, защитам), осознанно направлять процесс общения на поддержание у собеседника состояния благополучия (т. е. уметь действовать в его интересах, даже в случае сообщения ему неприятной информации или предъявления ему требований, способствующих его развитию, осознанию значимых моментов социального взаимодействия и пр.), в случае необходимости жертвовать (принятая система ценностей регулирует меру приносимой ради другого «жертвы») своим временем, усилиями и пр. (если это нужно для блага партнера, а не делается по принуждению, или за его заслуги, или для того, чтобы что-то от него получить взамен), искренне делиться, испытывая при этом не гордость за свою жертвенность и не сожаление о ней, а метаудовольствие (по терминологии А. Маслоу), радость, что оказался в нужный момент рядом и способен выслушать, поддержать, утешить, дать совет, адекватную обратную связь и пр. Такое «принятие» партнера по общению, искреннее оказание ему психологической помощи, на которую способен, не означает при этом обязательного согласия с ним во всем, отказа от своих собственных убеждений. О. с. предполагает непричинение в ходе такого межличностного общения вреда и социальному окружению (членам семьи, коллегам и др.), оно направлено на поддержание социального благополучия (что не означает «всетерпимость», безразличие к этому окружению, неумение высказать свою позицию и несогласие с теми или иными высказываниями других, их поступками и пр.).

Общение специалиста помогающей профессии призвано обладать свойствами О. с. (чтобы после общения с ним клиенту становилось «легче»); и даже вне психотерапевтического сеанса коллеги, знакомые ждут от профессионала демонстрации коммуникативной компетентности. О. с. нельзя имитировать; чтобы общение стало таким, в него нужно «вложиться» своей личностью, которая при этом должна быть здоровой в понимании не только психиатров, но и психологов (например, А.Маслоу, Б.С. Братуся) (в противном случае лучше ограничиться строго ролевым общением).

▸ *Братусь Б.С.* Психология. Нравственность. Культура. М.: Менеджер; Роспедагенство,1994; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д., Кулешова К.В.* Саногенность как характеристика профессионального общения психолога // 125 лет Московскому психологическому обществу / Отв. ред. Д.Б. Богоявленская, Ю.П. Зинченко. М.: МАКС Пресс, 2011. С. 199–202

Н.Д. Творогова

Общение с больным ребенком в медицинской среде – составная часть профессиональной работы с ним, с его семьей, направленная на обеспечение психотерапевтического эффекта. Способы установления психологической связи, контакта с ребенком зависят от его возраста, особенностей личности, физического состояния. Одно из правил: обращение к ребенку не должно быть схематизированным, шаблонным. Насмешливые прозвища обидны, не к месту и уменьшительно-ласкательные имена. Вместо обращений «мальчик», «девочка» лучше пользоваться настоящими именами детей. Общие игры или занятия значительно способствуют сближению детей и медсестер в стационаре. При использовании медицинских инструментариев, чтобы снизить страх ребенка (например, при виде шприца), медсестре полезно объяснить ему (с учетом возраста ребенка, физического и эмоционального состояния, степени подготовленности к процедуре), зачем они нужны, полезно их предварительно показать. Если

ребенок напряжен, борется со слезами, его стоит ободрить. Имеет значение и ослабление беспокойства, стесненности ребенка. Нужно узнать, чего он боится. Для борьбы со страхом важно обычными словами назвать то, что его вызывает.

Взаимоотношения психолога, медицинских работников с ребенком рассматриваются в контексте общения с его семьей, родителями, родственниками. Особый вид профессионального общения – общение по телефону, консультирование через Интернет. В последних случаях ввиду отсутствия визуального контакта необходимо особое внимание к лингвистическим и паралингвистическим средствам общения профессионала, возрастает роль вербального общения (устной и письменной речи). Хорошие взаимоотношения между ребенком, его семьей и психологом, медицинским персоналом облегчают пребывание детей в лечебно-профилактических учреждениях, помогают им преодолеть трудности, связанные с лечением.

▸ *Айви Е.А., Айви М.Б., Линик С.Д.* Психологическое консультирование и психотерапия. М., 1999; Психология общения. Словарь. М., 2015; Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998; *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Клиническая психология. М., 2008

Н.А. Русина

Общение с пациентами, страдающими психическими заболеваниями, – предполагает уважение к их личности (пусть и больной), необходимость придерживаться тех же правил и приемов общения, которые приняты в обществе, и отсутствие особых общих правил общения с душевно больными, поскольку в большинстве случаев психически больной человек сохраняет основные способности и функции, присущие здоровым людям. Наиболее продуктивным будет общение, в ходе которого проявляется внимание, уважение и доверие к словам и чувствам собеседника. Умение выслушать больного, проявить сочувствие к его переживаниям, не досаждать неуместными советами, комментариями и спорами считается важнейшим качеством специалиста, работающего с психически больными людьми. Есть и некоторые частные стратегии общения с пациентами, страдающими психическими расстройствами.

При мягких психических заболеваниях (невроз) от пациента ожидают такую же степень понимания, как и у здоровых людей, общение с ним не требует соблюдения каких-либо особых правил. При тяжелых психических заболеваниях (психоз), сопровождающихся бредом и галлюцинациями, важно завоевать доверие собеседника, поэтому абсолютно недопустимо оспаривать бредовые идеи пациента, можно только упомянуть о своей неосведомленности, попросить рассказать поподробнее о его переживаниях, подтвердить свое желание помочь и оградить от возможной опасности. Важно избегать формализма, не следует апеллировать к правилам и запретам, лучше попытаться выполнить все допустимые требования больного. При общении с интеллектуально сниженными пациентами (деменция и олигофрения, аутизм детский) следует избегать употребления абстрактных понятий, намеков и острот, которые не могут быть восприняты собеседником. Обращения к такому пациенту должны быть краткими, конкретными, фразы следует произносить медленно, нелишним будет повторить или напомнить о сказанном ранее. При некоторых расстройствах (мутизм) общение невозможно, и настойчивые попытки вступить в контакт не имеют никакого смысла, важнее вовремя начать лекарственное лечение. Пациенты в состоянии депрессии обычно избегают общения, настойчивое стремление поговорить и подбодрить больного вызывает в нем только раздражение; правильнее будет наблюдать за больным без излишней навязчивости, проявлять сочувствие невербальными знаками, изредка предлагать помощь и периодически указывать на необходимость выполнения важных неизбежных действий (поесть, сменить одежду, пойти к врачу, психологу). Особой выдержки требует общение с больным в состоянии мании, поскольку такой пациент очень разговорчив, навязчив, неугомонен, не оставляет собеседника в покое ни на минуту. Приходится молча выслушивать такого пациента; следует попытаться отрешиться от ситуации, пропускать бесконечные рассуждения «мимо ушей», поскольку невнимание и рассеянность собеседника не настолько раздражает маниакального пациента, как явный отказ от беседы. Общение с больным в исходе шизофрении стано-

вится формальным, поскольку у него отсутствует потребность в общении (аутизм); рассуждения больного лишаются смысла и не могут быть поняты собеседником (разорванность, резонерство, символическое мышление), эмоции сглаживаются и становятся противоречивыми (апатия, амбивалентность). В данной ситуации важным бывает настойчивое, не допускающее уклонения требование соблюдать нормы общежития (убраться, умыться, выйти на прогулку, сменить одежду) и демонстрация гарантий того, что в сложной ситуации больному будет оказана помощь. Важно поддерживать в пациенте, страдающем психическим расстройством, уверенность во взаимной полезности общения и не докучать ему необоснованными придирками.

▸ *Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2000; *Кемпиньский А.* Познание больного / Пер. с польск. Р.М. Матвеевой. Минск: Вышэйшая школа, 1998; Психология общения. Словарь. М., 2015

Ю.Г. Тюльпин

Общением управление (в психотерапии) – воздействие психотерапевта на процесс общения с клиентом (терапевтической группой) с учетом терапевтической цели, состояния клиента (группы), промежуточных коммуникативных результатов, что предполагает включение в процесс управления терапевтическим общением, решение не только коммуникативных, но и управленческих задач.

Клинический психолог, оказывая помощь своему клиенту, использует адекватные запросу клиента профессиональные коммуникативные умения, психотерапевтические, консультационные, диагностические технологии, помогает ему справиться с его жизненными проблемами. То, как при этом будут складываться взаимоотношения между психологом и клиентом, зависит от их мотивации, целей, особенностей социальной перцепции, применяемых коммуникативных действий, адекватности оценки результатов своего общения. Условно можно выделить три взаимосвязанные сферы терапевтического общения, требующие внимания клинического психолога, его умения управлять процессами в них: а) непосредственно профессиональная работа с клиентом в зависимости от заявленной им проблемы; б) свои внутренние психические процессы и состояния, включенные в межличностное взаимодействие с клиентом (мотивы, цели, особенности социальной перцепции, эмоциональные реакции и общее состояние, применяемые вербальные и невербальные средства общения и пр.); в) складывающиеся межличностные взаимоотношения с клиентом, уровень возникшего доверия. Эти сферы внимания психолога взаимосвязаны и влияют на эффективность его профессиональной деятельности, т. к. он работает и посредством своей личности (понятие «психотерапевтическая личность»), и посредством тех отношений, которые создает с клиентом (понятие «терапевтические отношения»).

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015

Н.Д. Творогова

Общения профессионального нарушения – наблюдаются в результате сбоя в управлении психологом своим профессиональным общением с отдельными клиентами, пациентами.

Представители профессий «человек – человек» чаще подвергаются профессиональной деформации, чем представители профессий типа «человек – техника», «человек – природа» (классификация профессий Е.А. Климова). В целом же профессиональная деятельность психолога, медицинского работника положительно воздействует на их личность, но в неблагоприятных условиях (перегрузки, резкие изменения режима работы, плохие условия труда, психологические травмы из-за плохого психологического климата в профессиональной среде, отсутствия навыков психогигиены, духовный кризис и др.) возможно неблагоприятное протекание профессионального развития, которое внешне проявляется в снижении производительности труда, работоспособности, в негативных изменениях качеств личности, агрессивности, утрате интереса к труду и др. Нарушения могут затронуть как профессиональную деятельность, личность профессионала, так и проявиться в его профессиональном общении.

Синдром хронической усталости и синдром эмоционального выгорания являются содержательными характеристиками возможной профессиональной деформации психолога, медицинского работника, имеющего постоянную практику с паци-

ентами. Часть специалистов для поддержания себя в форме систематически посещают тренажерный зал, используют для оказания самопомощи арт-терапию, прогулки после работы, в стрессовых ситуациях используют медикаменты; небольшая часть специалистов (7 % из числа опрошенных) для снятия эмоционального напряжения используют алкоголь. Группа риска для возникновения синдрома эмоционального выгорания – молодые профессионалы, оказывающие больше 4–6 лет психологическую помощь клиентам (пациентам). Если специалист остался в профессии, адаптировался к ней, то чем больше стаж его работы, тем реже встречается и меньше выражен у него синдром эмоционального выгорания (Творогова Н.Д., 2004). Специалисты, ориентированные на саморазвитие, не имеют склонности к выгоранию; чем у них выше уровень самоактуализации через свою профессиональную деятельность, тем реже выявляются проявления синдрома эмоционального выгорания (при отсутствии этого синдрома одинакова вероятность как высокого уровня самоактуализации, так и низкого).

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д.* Деловое общение. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2001; *Она же.* Деловое общение преподавателя медицинского вуза: учебно-методическое пособие. Омск: Отдел международного сотрудничества ОмГМА, 2012; *Она же.* Нарушение психической саморегуляции медицинских работников. Синдром эмоционального выгорания // Менеджер здравоохранения. 2004. № 1. С. 25–30

Н.Д. Творогова

Общения профессионального стандарты – набор утвержденных требований к общению представителей профессий, отнесенных к группе «человек – человек» (по классификации профессий Е.А. Климова).

В позиции психолога, медицинского работника нередко присутствует дилемма: 1) либо стандартизация общения, ролевая защита себя и пациента от своей индивидуальности, спонтанности, непредсказуемости, но и риск эмоциональной холодности; 2) либо личностная открытость, отвергающая возможность спрятаться за фасад роли, искренность, спонтанность, непредсказуемость, а также увеличение вероятности нарушения стандартов профессионального общения с пациентом.

Выход из этой дилеммы – самоопределение личности, ее устремленность к высшим идеалам. Рассмотрим последствия и стратегии поведения психолога (медицинского работника) на каждом из этих трех путей.

1. Стандартизация профессионального общения предполагает разработку сценариев ролевого поведения профессионала (получивших научное доказательство, что они создают наилучшие условия для осуществления лечебной, профилактической работы с конкретным контингентом пациентов) и овладение навыками такого общения каждым приступившим к работе. Этот вид общения не предполагает личностной включенности профессионала, его эмоциональной сопричастности с пациентами (членами их семей), коллегами. Общение, рационально регулируемое профессионалом, всецело подчиняется целям лечебного процесса. Такое деловое общение позволяет защитить профессиональную деятельность от привнесения в нее флуктуаций, связанных с личностными особенностями, настроением, субъективными взглядами, устремлениями, межличностными взаимоотношениями участников лечебного процесса (личностно проявлять себя позволяется только пациенту). Стандартизация общения делает поведение психолога, медицинских работников предсказуемым для потребителей их услуг. Стандарты делового общения можно осознанно конструировать, подвергать профессиональной экспертизе, доказательной эмпирической проверке на эффективность применения в рамках тех или иных формализованно описанных ситуаций. В своей работе профессионал ориентируется на этические нормы, выработанные его профессиональным сообществом (этический кодекс психолога, врача, медсестры России); важнейшее этическое требование – конфиденциальность. Самораскрытие (раскрытие своей личности перед пациентом) в этой модели общения нередко выступает как «дискуссионная защита» (Хараш А.У., 1987) – своеобразная имитация индивидуальности, «ролевая самоподача», рассчитанная на определенные последующие реакции пациента. С помощью такого самораскрытия психолог может успокоить, эмоционально поддержать, внушить, создать чувство взаимопонимания, предоставить пациенту модель собственного поведения для идентификации.

Однако у этого подхода есть свои недостатки. Ролевая защита способствует усилению деперсонификации общения психолога с пациентом. Формализация согласованных действий психолога и пациента неизбежно приводит к обезличиванию социальной роли психолога. «Я» профессионала, как и любого другого человека, многолико. Существует опасность со временем сжиться с одной из своих ролей (предназначенными являются только те роли, которые нельзя выбрать или изменить, – пол, раса и др.), игнорируя другие, что ведет к обеднению личности, снижению ее удовлетворенности от жизни.

Поскольку ролевая защита не всегда оказывается надежной, психолог нередко прибегает к супервизии (форма консультирования специалиста в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой). Материалом для консультирования в процессе супервизии могут быть: а) проблемы самопонимания и самовосприятия (собственные личностные особенности и способы поведения и реагирования и их влияние на профессиональную деятельность, отношение к себе в профессиональной деятельности); б) теоретические знания и профессиональные действия (осознание того, какие теоретические, практические и личностные установки и особенности определяют позицию психолога в его профессиональной деятельности); в) формальные и организационные вопросы работы психолога (взаимоотношения с коллегами и вышестоящими лицами); г) отношения с пациентом (проблемы обособления, изоляции, зависимости, переноса и пр.).

В некоторых западных клиниках на помощь медицинским работникам (медсестрам, врачам, клиническим психологам) приходит их участие в балинтовских группах, названных по имени своего создателя Балинта (Balint M.), проводившего в 1949 г. в лондонской клинике Тависток дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами. С 1960-х гг. опыт балинтовских групп стал использоваться во многих странах для приобретения опыта в пациент-центрированной медицине, преодолевающей ограничения болезнь-центрированной медицины.

2. Личностно открытое общение, актуализация в профессиональной деятельности привычных способов общения позволяют профессионалу быть со своим пациентом «подлинным», а пациенту – видеть в психологе «живого человека». Присутствие рядом искренне сочувствующего и помогающего от всего сердца человека, который это делает не только по долгу службы, рассматривается многими пациентами как большая ценность.

Недостатки этого подхода к профессиональному общению являются продолжением его достоинств. Поскольку обычному психологу, медицинскому сотруднику не хватает психических ресурсов каждый день «болеть» и «умирать» с каждым из своих пациентов, то в те или иные периоды профессиональной деятельности у него может срабатывать самозащита в форме: а) отчуждения, сугубо делового отстраненного общения; б) агрессивного поведения; в) жалости к себе, смене профессиональной деятельности, г) отклонений в профессиональном общении, связанных с нарушением этического кодекса. Из-за хронического стресса у психолога, медицинского работника повышается вероятность психосоматических заболеваний. Разрядка накопившегося за рабочий день напряжения в семье, среди друзей может разрушить внерабочие межличностные отношения, лишить поддержки со стороны близких, сделать жизнь вне работы одинокой. С другой стороны, желание компенсировать усиливающееся в повседневной частной жизни одиночество привносит в рабочие взаимоотношения элементы семейных, дружеских отношений, характерные для личностно открытого общения, привносит субъективный фактор в профессиональную деятельность психолога (медицинского работника), дестабилизируя ее, порождая зависимость продуктивности труда от настроений, межличностных отношений, межличностной дружбы или неприязни. Такой вид общения делает непредсказуемым для пациента поведение, например, ухаживающей за ним медсестры (пациент становится заложником ее настроения, личностной зрелости, интеллекта, ее межличностных отношений с другими работающими рядом с ней медицинскими работниками). И сама медсестра в позиции личностной открытости не имеет защиты от наносимых ей обид, от кажущейся ей несправедливости, от неблагодарности со стороны пациентов, их родственников, администрации («Я к ним со всей душой, а они ...»); для возвращения в рабочее состояние ей может потребоваться помощь психолога.

Такой подход к деловому общению хорош на короткой дистанции профессиональной деятельности (возможно, он более приемлем для волонтеров); на длительных временных дистанциях его осуществление может приводить к снижению качества обслуживания пациентов.

3. Общение самоопределяющейся личности, для которой работа является частью ее духовного пути. Благодаря самоопределению (по аналогии с самоопределением личности в группе, противостоящему как конформизму, так и нонконформизму, – А.В. Петровский) в каждый момент времени профессионал по своему усмотрению может выбрать или ролевое общение, или личностно открытое. На этот выбор влияют: 1) личностные особенности, состояние пациента; 2) ситуация общения; 3) личностные особенности психолога (медицинского работника), др. Личность психолога раскрывается через связанную с определенным контекстом его профессиональной деятельности целевую направленность, интересы и устремления, а также через интегративную историю жизни, которая приводит сферу личностных черт, стремлений в более или менее согласованное единство (в результате созидания человеком своего «Я» появляется интегративная история его жизни).

В случае появления в медицинской среде уникальных с точки зрения их духовной зрелости специалистов стандарты общения им вряд ли понадобятся (если только для общей ориентировки, уточнения общих границ делового общения, выход за которые запрещен профессиональным сообществом). Мастер всегда остается выше каких-либо стандартов: он сам их порождает, демонстрирует уникальные модели общения с каждым конкретным пациентом, придерживаясь творческого подхода и руководствуясь высшей целью – творить добро (он верит в психологическую, медицинскую науку, своих коллег, ресурсы пациента; надеется на благоприятный для пациента исход, работает с любовью к своему делу, проверяя свои действия разумом, а не только на предмет их соответствия некоторым принятым в профессиональной среде стандартам).

Поскольку не о каждом психологе, медицинском работнике (при массовости профессий) можно говорить как о личности зрелой, имеющей духовные стремления и регулирующей свое поведение в соответствии с совестью, высшими духовными ценностями, то стандартизация делового общения полезна и пациенту, и самому специалисту, его коллегам. При личностной незрелости психолога, отсутствии командной работы всего медицинского персонала, групповой незрелости организации в целом ролевое, профессионально одобряемое стандартизированное общение становится своеобразной защитой лечебного процесса от посторонних по отношению к нему субъективных факторов.

При подготовке психологов, врачей, медсестер необходимо разрабатывать и обучать их стандартам делового профессионального общения, сопровождая такую подготовку соответствующей воспитательной работой («не только обучать, но и воспитывать» – традиционный подход при подготовке отечественных врачей, психологов). При этом забота о своем духовном здоровье, эмоциональном состоянии, благополучии в жизни рассматривается как опосредствованная забота о пациентах, как один из показателей профессиональной компетентности специалиста.

Выбор моделей делового общения отечественных психологов, медиков – актуальнейшая философская, психологическая, медицинская, педагогическая задача, которую предстоит решать здравоохранению современной России. При оценке эффективности профессионального общения с пациентом должны быть учтены те коммуникативные цели и задачи, которые специалист стремился реализовать в работе с конкретным пациентом.

▸ *Творогова Н.Д.* Деловое общение. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2001; *Она же.* Деловое общение преподавателя медицинского вуза: учебно-методическое пособие. Омск: Отдел международного сотрудничества ОмГМА, 2012; *Хараш А.У.* Личность в общении // Общение и оптимизация совместной деятельности. М., МГУ, 1987

Н.Д. Творогова

Оккупационная терапия – направлена на реабилитацию лиц, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять уход за собой, проводить досуг и выполнять продуктивную деятельность (Christiensen C., Baum C., 1991). Цель О. т. – расширить независимость и автономность человека в

плане занятий. Оккупационный терапевт работает в домашней обстановке пациентов, на рабочем месте, в школе, доме престарелых, госпиталях, клиниках и других медицинских центрах. Ценности модели О. т.: 1) ценность человека (стремление усилить чувство собственной ценности у пациента, который рассматривается как активный участник в терапевтических отношениях); 2) целостность человека (гуманистические представления о человеке как целостной личности, ни одна сфера деятельности которой не может быть изолирована, но должна быть частью единого целого).

▸ Практическое руководство по оккупационной терапии, сконцентрированной на пациенте. Канадская ассоциация оккупациональных терапевтов (1991, КАОТ); Практическое руководство по оккупационной терапии, сконцентрированной на пациентах с умственными отклонениями. Канадская ассоциация оккупациональных терапевтов (1991, КАОТ)

Н.Д. Творогова

Основные методические подходы в психотерапии — средства и способы (техники) системного влияния на пациента (клиента) с лечебной или адаптогенной целью. Наиболее общим традиционным основанием для классификации методов психотерапии является их разграничение на вербальные и невербальные. Однако истинная специфика методов психотерапии определяется прежде всего концептуальным содержанием и лишь затем психотехническим инструментарием основных психотерапевтических течений, среди которых выделяются собственно медицинский и внемедицинский (психологический, психоаналитический и др.) уровни и диапазоны воздействия. В зависимости от предмета нацеленности (личностная зрелость, личностное и социальное здоровье, психическое и психосоматическое здоровье) варьируются и методы психотерапии. В современной мировой практике можно выделить следующие основные психотерапевтические концепции, предполагающие использование соответствующих им психотерапевтических методов.

Психодинамический подход (классический психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера, неофрейдисты Э. Фромм, К. Хорни, Г. Салливэн и др.) предполагает использование следующих психотерапевтических техник: метод свободных ассоциаций, толкование сновидений, интерпретация высказываний, анализ сопротивлений, анализ переноса, ассоциативное (управляемое) воображение, анализ личностной позиции клиента и личностной динамики развития, анализ ранних сновидений и личностных приоритетов, подбадривание, поощрение инсайта, метод парадоксальной интенции, постановка целей и принятие обязательств и др. Назначение методов психотерапии, применяемых в психодинамических концепциях, состоит в обеспечении достижения личностной интеграции, индивидуации, изменения стиля жизни.

Поведенческий подход (Бехтерев В.М., Уотсон Дж., Вольпе Дж., Скиннер Б. и др.) имеет в своем распоряжении следующие методы: гипноз (классический и неклассический — эриксоновский, нейролингвистическое программирование), аутосуггестия, систематическая десенсибилизация, тренинг релаксации (аутогенная тренировка), функциональный тренинг поведения, аверсивная терапия, метод погружения и др. Психотерапевтические методы данного подхода предназначены для коррекции нарушений поведения.

Телесно-организмический подход (Райх В., Лоуэн А. и др.) предполагает использование следующих психотерапевтических техник: специальные физические упражнения, интенсивное дыхание, интенсивная вокализация (например, техника «первичного крика»), особые разновидности массажа (например, рольфинг); смысл этих техник состоит в снятии мышечных зажимов, напряжений, в обеспечении эмоционального отреагирования и гармонизации самоощущения и самовыражения.

Когнитивный (рационально-познавательный) подход (Эллис А., Бек А. и др.) имеет в своем распоряжении следующие психотерапевтические техники: убеждение-разъяснение, опровержение иррациональных взглядов и установок (контрпропаганда), самоанализ, юмор, ирония, обобщение автоматических навязчивых мыслей, операционализация негативных конструктов, фокусировка на невротических страхах с целью их преодоления и т. п. Техники (методы) данного направления предназначены для изменения системы личностных установок и отношений пациента (клиента).

Синтетический подход (Кречмер В., Бурно М.Е. и др.), в русле которого осуществляется

целостное воздействие на пациента (клиента) как биологическое, социальное, психическое и духовное существо. Методы психотерапии включают: комплексы телесных и ориентированных на самопознание упражнений; самораскрытие путем погружения в мир искусства; занятия трудом, живописью, графикой, пластикой, музыкой, пением, литературным творчеством, танцами, драмой, равно как и общение с высоким и подлинным искусством во всех его видах и жанрах, например библиотерапия; этнотерапия; метод автобиографического самоисследования; свободное фантазирование и т. п. Общее назначение методов, относящихся к данному подходу, состоит в создании компенсаторных условий для максимально утонченного и полного самовыражения, самоосуществления личности пациента (клиента) в собственно человеческих, символических, культурных аспектах индивидуального и надындивидуального бытия.

Экзистенциально-гуманистический подход – одно из основных направлений в современной психотерапии. К нему относят: 1) экзистенциальную терапию К. Ясперса, Л. Бинсвангера, Р. Мея, В. Франкла и др.; 2) терапию, центрированную на клиенте, К. Роджерса; 3) гештальт-терапию Ф. Перлса; и др. Представители этого направления склонны видеть человека прирожденно активным, борющимся, самоутверждающимся, способным к позитивному личностному росту. Усилия психотерапевта направлены на личностный рост клиента, достижение им более высокого уровня осознания. Терапевтический союз – это взаимоотношения одной личности с другой. Психотехнические приемы психотерапевта направлены на проникновение в феноменологический мир клиента, сосредоточивают активность на рефлексии, комбинируют действие с интроспекцией. Патология (по А. Маслоу, одному из основателей гуманистической психологии) – это ослабление человека, результат неосуществленности его возможностей, блокирования внутренних переживаний, уменьшения способности к самовыражению.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Ф. Бондаренко

Осознание (в психотерапии) – достижение пациентом в процессе психотерапии понимания ранее не осознаваемых аспектов и взаимосвязей собственной психической жизни, внутренних (интрапсихических) проблем и конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, взаимоотношений с окружающими, а также причин формирования и развития этих психологических феноменов.

Содержательная терапия (греч. therapeia – забота, уход, лечение) – терапия стресса, в которой ключом к выздоровлению считается понимание пациентом природы своей проблемы.

О. играет определенную роль практически во всех существующих психотерапевтических направлениях и школах, однако его значение и удельный вес в психотерапевтическом процессе определяются базовой теоретической ориентацией. Так, основная цель психоанализа выражена З. Фрейдом: «Где было Ид, там будет Эго». О. основных механизмов, вызывающих рассогласование между тем, что человек воспринимает и как он оценивает воспринятое, – главная задача когнитивной психотерапии («нас делают несчастными не вещи и явления, а то, как мы воспринимаем их, как относимся к ним» – клиент в ходе психотерапии обучается осознавать, например, как его иррациональные установки изменяют восприятие им событий). О. сопряжено с неизбежным сопротивлением пациента; успешное преодоление сопротивления в процессе психотерапии завершается О. механизмов дезадаптивной психологической защиты.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Ответственность за свое здоровье – необходимость давать себе отчет в своих действиях и поступках, психических состояниях, выборе социального окружения и др., отвечать за их возможные последствия для здоровья. Ответственность предполагает свободу распоряжаться своим здоровьем, иметь информацию о состоянии своего организма (право знать диагноз).

В советские времена ранги медицинского работника (и, соответственно, медицинского психолога) и пациента интерпретировались как отношения «начальника» и «подчиненного». Здоровье населения рассматривалось как ресурс и собственность государства; медики были государственными служащими, отвечающими за состояние этого ресурса; их рекомендации были обязательны к исполнению.

О праве пациента распоряжаться своим здоровьем не было и речи. Каждый житель был прикреплен к определенному медицинскому учреждению и не мог выбирать себе врача и клинику. Сегодня ситуация в отечественном здравоохранении меняется.

Известно, что здоровье каждого человека определяется: а) особенностями его организма и образа жизни (факторы хозяина); б) воздействием, которое он испытывает извне (факторы среды). Факторы хозяина включают биологическую (в том числе генетическую) предрасположенность организма к тем или иным заболеваниям, а также привычки (курение, переедание, гиподинамия и др.) и склонность к рискованным формам поведения (Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А., 1999). Среди факторов хозяина, опираясь на положение об активности психики (школа А.Н. Леонтьева), личности, ее свободе выбора, рассматривается (Творогова Н.Д., 2005) и такой фактор – «свобода и ответственность личности за выбор поведения, направленного на болезнь, или поведения, направленного на здоровье» (направленность на здоровье или на болезнь – это индивидуальный выбор зрелой личности).

Личность обычно имеет возможность осознанно контролировать свои негативные эмоции (не допуская, чтобы они превращались в хронические), рационально питаться, систематически выполнять физические упражнения, противостоять дистрессу, быть социально активной, не употреблять алкоголь и наркотики, не курить, своевременно обращаться за медицинской помощью и др. Для здоровья важно также, чтобы она стремилась к самореализации и имела духовно наполненную жизнь, вела здоровый образ жизни.

С началом контроля своего здоровья личность все более чувствует себя автономно и свободно, возлагая при этом на себя ответственность за свой выбор (за свободу зачастую приходится расплачиваться чувством вины, если, например, несвоевременно воспользовался данными и возможностями биомедицинских наук).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Отзеркаливание – 1) в терапии семейных пар – процедура, при которой одного из супругов просят повторить со всей возможной точностью то, что сказал другой; 2) реакция психотерапевта, отражающая услышанное и увиденное в работе с клиентом (повторение сказанного клиентом – наиболее значимой для него мысли; отзеркаливание психотерапевтом позы клиента и пр.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Отражение чувств (в психотерапии) – психологический прием «понимающего слушания», используется в гуманистической психотерапии с целью показать клиенту, что психотерапевт понимает его чувства, эмоции, переживания. О. ч. в клиент-центрированной терапии – это точное отзеркаливание переживания клиента. О. ч. полезно: а) в конфликтной ситуации; б) когда клиента волнуют его переживания, а не содержание сообщения (в этом случае психотерапевт является своеобразным зеркалом, отражающим чувства клиента). Правила О. ч.: 1) акцент делается не на содержании сообщения, а на эмоциональном состоянии клиента; 2) психотерапевт может пользоваться вступительными фразами: «Мне кажется, что вы чувствуете...», «У меня такое ощущение, что вы чем-то...»; 3) психотерапевт учитывает интенсивность чувств клиента (немного, сильно и др.); 4) психотерапевт обращает внимание на употребляемые клиентом слова, отражающие его чувства («неприятный», «убийственный» и т. п.); 5) принимаются во внимание невербальные составляющие эмоционального переживания клиента.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Охрана здоровья граждан – совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека; поддержание его активной долголетней жизни; предоставление ему медицинской, психологической, социальной помощи в случае утраты здоровья.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Паллиативное лечение – различные виды терапии, предназначенные для повышения качества жизни, особенно неизлечимых больных и их семей. П. л. использует виды терапии, ориентированные на целостный подход к человеку; поддерживает стремление больного к жизни (при этом рассматривая смерть как естественный процесс); дает возможность контролировать боль и другие беспокоящие больного симптомы, а также осуществлять в комплексе психологическую, физическую и социальную поддержку, что позволяет больному более длительно вести активный образ жизни вплоть до самой смерти. П. л. предполагает систему поддержки семьи больного как во время его болезни, так и после его ухода из жизни.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Парадоксальное вмешательство – терапевтическая техника, которая включает в себя предписание клиенту поддерживать имеющийся у него симптом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Переживание – психическое состояние, вызванное какими-либо сильными ощущениями, впечатлениями (непосредственная данность сознанию его содержаний и состояний, нечто испытываемое), а также внутренняя работа, душевный труд. Структурные элементы П.: переживаемые обстоятельства, процесс П., личность. Три плана протекания П.: выражения, чувствования, осмысления.

Динамика П. рассматривается чаще всего в проекции на ось «сдерживание – выражение». К сдерживанию чувств психотерапевты, как правило, относятся как к пережитку репрессивной викторианской морали, считают его вредным для здоровья и поэтому всячески стимулируют выражение чувств. Выражение же часто сводится ими к идее аффективной разрядки.

Опыт христианской психотерапии дает возможность выйти из ложной дилеммы «вытеснение – отреагирование», создавая дополнительное измерение высоты и глубины П. В этом измерении возможно и благодатное сдерживание (вовсе не совпадающее с вытеснением, создающее не бессознательное, а сокровенное П.), и благодатное преображающее выражение П. Так, открытость своего П. в молитве начинается с искусства и мужества быть, доверять и уповать, а венчается мужеством и искусством меняться; такое П. преобразует форму и строй процесса П. изнутри (отделение истинного от ложного, высшего от низшего). Сублимация конкретного П. (в отличие от фрейдовского значения термина) – создание условий для усмотрения в нем истины, правды, высшего и постепенного преображения этого переживания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ф.Е. Василюк

Перенос – в традиционном для психоанализа понимании определяется как особый психический феномен (процесс), при котором пациент направляет (проецирует) на аналитика чувства, представления, фантазии, желания и т. д., которые он испытывал по отношению к значимым фигурам из прошлого. Как правило, речь идет о раннем (детском) опыте, а проекции пациента связаны с интроецированными прежде образами; при этом аналитик наделяется различными характеристиками некоего значимого объекта из прошлого. В более широком смысле под переносом понимается отношение субъекта к объекту, детерминированное его личностным опытом.

▸ Введение в классический психоанализ: лекции. Под ред. проф. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 2014; *Фрейд З.* Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1989

М.М. Решетников

Переучивание при неэффективном поведении – включает модификацию привычных: а) представлений о ком-либо или о чем-либо, сформированных ранее знаний; б) отношений, убеждений; в) моделей, программ, действий, операций, способов привычного поведения, образа жизни; сформированных ранее умений, навыков. Переучивание (П.) может осуществляться стихийно и целенаправленно, использовать прямые и непрямые методы работы с клиентом, приемы, разработанные в контексте разных психотерапевтических практик.

При П. (производное от «учение») речь скорее идет о самостоятельной работе над своими стереотипами, сформированными навыками, а при работе под руководством тренера (при его прямом или косвенном вмешательстве) — о переобучении (производное от «обучение»), тесно связанном с перевоспитанием.

В поведенческой психологии, психотерапии используется термин «модификация поведения» (behavior modification) для методик, предполагающих прямое вмешательство с целью изменить реакции человека на ситуации при условии, что этот человек или значимые для него люди считают такое изменение полезным. Эти методики относят к поведенческому подходу, поскольку в фокусе находится открытое, явное поведение (Б. Скинер под «поведением» понимал все то, что совершает организм, при условии, что эти действия являются видимыми). Процедуры носят прямой характер, направлены на переобучение и обеспечивают индивидуума опытом, помогающим ему научиться более эффективным в определенных ситуациях способам поведения. Человек видоизменяет свое поведение в общении с другими людьми под воздействием их реакции и в зависимости от своего собственного восприятия ситуации. Эмпирически доказано, что позитивные и негативные последствия контролируют, обусловливают поведение человека. Управление случайностью — техника модификации поведения, включающая в себя систему поощрений желательного поведения и отсутствие поощрений нежелательного. Подкрепление (reinforcer) — любой стимул, который следует за поведением и повышает или поддерживает вероятность дальнейшего появления именно такого поведения в аналогичной ситуации. Позитивное подкрепление связано с получением приятного стимула. Негативное подкрепление усиливает поведение тем, что устраняет неприятный стимул. Подкрепление эффективнее наказания (аверсивный контроль), т. к. действие подкрепления избирательно направляет поведение на достижение заранее выбранной цели. Благодаря разработанной системе подкрепления создаются условия формирования нового социально приемлемого стиля поведения, который быстро заучивается и закрепляется. Режим подкрепления не менее важен для поддержания или изменения поведения, чем само подкрепление. Регулярное подкрепление повышает скорость запоминания нового поведения. Дискретное (нерегулярное) подкрепление создает более стабильное поведение. Используемая в рамках обсуждаемого подхода технология модификации поведения близка к манипулированию. Обусловливание более эффективно, когда человек о нем знает и подстраивается под него, начинает сотрудничать.

Переопределение характера поведения требует обращения к личности клиента. В этом случае составными частями переобучения могут стать информирование и переубеждение. Переубеждение (персуазия) — процесс замены (изменения, переделки, трансформации) ранее сформированного убеждения новым под влиянием дополнительной или разъясняющей информации. Психагогика (духовное руководительство, привлечение души, убеждение) — один из методов рациональной терапии, направлен на лечебное обучение, воспитание и перевоспитание клиента; использует приемы обращения к разуму клиента, переубеждение его доводами (Bilikiewicz T., 1976). Когнитивная психотерапия как разновидность поведенческой психотерапии обращена на мысли и процессы мышления конкретного человека (вариантами когнитивной психотерапии являются рационально-эмотивная и когнитивная поведенческая психотерапия). Она направлена на то, чтобы помочь человеку идентифицировать и изменить свои исходные установки и вытекающие из них особенности поведения. Психотерапевты структурируют занятия таким образом, чтобы дать определенные рекомендации, и предлагают методы апробации новых моделей мышления и переживаний.

Исследования А.Р. Лурии (1930) показали, что непосредственные попытки овладеть своим поведением приводят к отрицательным результатам. Человек, который легко овладевает вещами окружающей его обстановки, который с легкостью реагирует на внешние стимулы, зачастую оказывается не в состоянии овладеть собой, своим поведением, преодолеть обычные для себя формы поведения, способы общения. Внутренняя мобилизация, не обладая соответствующими средствами, оказывается бессильной. На специальных обучающих занятиях клиенту предлагают самому создавать те стимулы, которые подчинят его поведение, чтобы, управляя ими, он мог управлять собой. С помощью аутости-

муляции, опосредствования своего произвольного акта, включения в него добавочного вспомогательного стимула, речи, опосредствующей реактивные процессы, человек отказывается от свойственного ему типа процессов, преодолевает обычный для себя характер реакции.

К. Левин, изучая энергетическую основу различных процессов деятельности, показал, что монотонное повторение отдельных актов можно прервать в любом месте цепи, не обнаруживая в ней никакого существенного напряжения. Деятельность же, имеющая определенную структуру, тяготеет к своему концу, и напряжение оказывается здесь тем больше, чем ближе деятельность к своему завершению (Дембо Т.). Поэтому так трудно переиначить привычное выполнение уже реализуемой той или иной деятельности. То, что казалось невозможным сделать путем непосредственного усилия (например, преодоление диффузного характера реактивных процессов у ребенка, создание «функционального барьера» у истерика, заставить его перейти к нормальному, сдержанному поведению, преодолеть двигательную ригидность у паркинсоника и др.), оказалось доступным, как только действие включается в сложную опосредствующую систему. Б.В. Зейгарник (2000) в своих исследованиях показала, что эта сложная поведенческая система должна быть нацелена не на адаптацию клиента; новые модели поведения нужно включать в состав деятельности, которая преследует высшие цели.

В рамках отечественной психологической школы в целях коррекции привычных форм поведения рассматривается и возможность использования технологии, разработанной на базе теории П.Я. Гальперина (теории поэтапного формирования умственных, физических действий). Показано, что в зависимости от процесса, который перестраивается (высшие психические функции, профессиональные действия и операции, привычные модели общения, образ жизни и др.), необходимы разные технологии такой перестройки.

Так как термин «модификация поведения» исторически связан с процедурами поведенческой психотерапии, а термин «психагогика» – с рациональной психотерапией, то использование терминов «П.», «переобучение» (производных от терминов соответственно «учение», «обучение») оправдано в связи с тем, что последние лишены дополнительной, ставшей привычной смысловой нагрузки.

▸ *Зейгарник Б.В.* Патопсихология / Под ред. А.С. Спиваковской. М., 2000; *Лурия А.Р.* Природа человеческих конфликтов. М., 2002; *Петровская Л.А.* Компетентность в общении. М., 1989; Психология: комплексный подход / М. Айзенк, П. Брайант, Х. Куликэн и др. Минск, 2002; *Шутц У.* Совершенная ясность. Харьков, 2004; *Творогова Н.Д.* Медицинская педагогика // Медицинская помощь. 1998. № 5

Н.Д. Творогова

Перефразирование (в психотерапии) – прием понимающего слушания, заключающийся в пересказе психотерапевтом высказывания клиента с помощью других слов, иного построения фразы и т. д. с сохранением смысла услышанного. Помогает клиническому психологу убедиться насколько точно «расшифровано» сообщение клиента с тем, чтобы дальше продолжать беседу с ним с уверенностью, что до сих пор все понято верно. П. каждой мысли клиента полезно, когда: а) необходимо полное понимание желаний и мыслей клиента; б) психолог слабо ориентируется в предмете разговора со своим клиентом, даже когда речь клиента кажется ему понятной; в) нужно помочь клиенту увидеть, правильно ли его психолог понял, или же когда клиенту требуется внести коррективы в свои разъяснения. Правила П.: 1) П. может начинаться с фраз: «Если я вас правильно понял, то...», «Вы поправьте меня, если я ошибусь...»; 2) ориентироваться на смысл, содержание сообщения, а не на эмоции, которыми оно сопровождается (для последнего есть специальный прием – «отражение чувств»); 3) выбор главного из услышанного и умение психотерапевта пересказать его своими словами; 4) П. уместно, когда клиент сделал паузу.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Перцептивно ориентированный социально-психологический тренинг – разработан Л.А. Петровской, направлен на развитие в процессе специальным образом организованной групповой работы социально-перцептивной компетентности его участников. Основная задача тренинга диагностическая, или

рефлексивная. Диагностика участниками тренинга своих перцептивных структур означает одновременно и воздействие на эти структуры. Контингент участников — руководители разного уровня, представители коммуникативных профессий, а также люди, испытывающие трудности в общении.

Процедурные аспекты тренинга: организационно-подготовительная, вводно-ознакомительная и диагностическая, или коррекционная, фазы. На организационно-подготовительной фазе формируется группа тренинга. Численность группы не превышает 12 человек, желательно незнакомых или малознакомых друг с другом. Отбор участников ведется на основе принципов добровольности участия и гетерогенности состава группы. Цикл тренинга рассчитан на 40–60 часов при средней продолжительности каждого занятия около 3 часов. При частоте от 2 до 4 встреч в неделю длительность цикла занятий составляет 4–5 недель. Возможен вариант одной встречи в неделю на протяжении 3–4 месяцев. Интенсивный вариант тренинга предполагает работу по 6–8 часов в течение 4–5 дней.

На вводно-ознакомительной фазе тренинга ведущий знакомит группу с основными принципами и нормами общения в тренинге: общение по принципу «здесь и теперь», принцип персонификации высказываний, принцип акцентирования языка чувств, принцип активности, принцип доверительного общения, принцип конфиденциальности.

На ключевой фазе тренинга — диагностической — основным методом работы является групповая дискуссия «с открытым концом» (преимущественно в форме метода анализа конкретных ситуаций), также используются элементы игровых методов. Материал дискуссий формируется за счет спонтанно возникающих в групповом процессе ситуаций, результатов применения в группе приемов социально-психологического исследования, а также результатов проведения ролевых игр.

Типичные диагностические задачи в тренинге (и методические приемы для их решения): 1) выявление первого впечатления, которое человек производит на окружающих (в форме образов, ассоциаций, метафор, с использованием невербальных средств общения), дальнейшая детализация образа себя и других участников группы, а также прослеживание динамики этого образа; 2) выявление структуры эмоционально-непосредственных отношений в группе (открытая социометрия в разных формах — вербальной, невербальной, графической) и функционально-ролевого видения участниками друг друга (ролевая социометрия, открытое ранжирование); 3) выявление динамики межличностных отношений в группе с акцентом на динамику доверия («круг доверия»); 4) выявление адекватности решения участниками рефлексивных задач в двух смыслах — это диагностика точности и динамики рефлексии как познания участником самого себя и как представления участника о том, каким его видят другие члены группы (варианты рефлексометрической процедуры на основе любой социально-психологической методики, например открытой социометрии); 5) выявление способности к эмпатии (описание эмоционального состояния партнера, прием «глаза в глаза»); 6) опробование новых форм общения и поведения в группе тренинга, готовность экспериментировать, импровизировать и меняться, а также выявление умения входить в позицию другого человека (элементы ролевых игр со сменой ролей по ходу игры).

Роль ведущего в тренинге — способствовать развитию психологического климата открытости, доверия, принятия и поддержки участниками друг друга. Задача ведущего — «непосредственно воздействовать на параметры группового процесса и лишь опосредованно — на отдельных его участников». Для решения этой задачи ведущий должен обеспечить субъект-субъектный характер общения с участниками (выполняя роль не только ведущего, но и участника группы; стремясь к позиции психологического равенства с другими участниками; принимая себя, участников и группу в целом такими, какие они есть; доверяя группе и групповому процессу; проявляя готовность к открытому общению и самораскрытию; культивируя искренность и естественность в эмоциональных проявлениях; избегая прямого оценивания и интерпретации; акцентируя язык чувств).

Эффекты тренинга разделены на две основные группы — 1) ядерные диагностические эффекты: а) диагностика конкретных представлений участников тренинга о самих себе; б) выявление обобщенных знаний, установок и умений, способствующих решению задачи самодиагностики; в) эффекты, касающиеся диагностики партнеров по общению; и 2) сопутствующие эффекты: а) развитие установки

на социально-психологическую активность; б) осознание общения как самостоятельной ценности; в) развитие гуманистической установки на партнера по общению; г) эффекты психотерапевтического типа. Эффекты тренинга были выявлены Л.А. Петровской в исследовании на материале 45 групп тренинга, в большинстве из которых она была ведущей, на основе анализа самоотчетов участников этих групп.

В качестве основного механизма тренинга рассматривается механизм обратной связи, которая является межличностной и намеренной. Важные характеристики обратной связи в тренинге, влияющие на ее восприятие адресатом: адекватность (объектная – коммуникатор создает адекватный реальности образ реципиента; коммуникативная – коммуникатор искренен при подаче обратной связи) и информативность (специфичность – отнесенность обратной связи к конкретному поведению реципиента; аргументированность обратной связи – приведение оснований, на которых построен вывод, облеченный в форму обратной связи), а также подкрепленность вербальной обратной связи невербальной составляющей и использование группы как источника обратной связи. Перечисленные факторы увеличивают «проникающую способность» обратной связи – способствуют ее восприятию реципиентом. Другой ряд факторов включает то, что способствует повышению способности реципиента адекватно воспринимать и конструктивно перерабатывать полученную информацию – это: 1) уровень мотивированности реципиента к получению обратной связи и расширению знаний о себе и других людях; 2) минимизация прямой оценки в обратной связи, усиление дескриптивности и автодескриптивности обратной связи; 3) готовность реципиента к самокритичному отношению и готовность к изменению; 4) уровень сенситивности реципиента в общении; 5) общая активная позиция реципиента в отношении восприятия и усвоения обратной связи.

Наиболее характерной для тренинга является ситуативная обратная связь, подаваемая участниками друг другу в контексте текущих, стихийно складывающихся в группе ситуаций. Ситуативные обратные связи составляют основную ткань нормально протекающего перцептивно ориентированного тренинга. Другим типом обратной связи являются результаты применения в тренинге различных исследовательских приемов (например, открытой социометрии или ранжирования участников по определенным характеристикам, значимым в ситуациях общения).

Специфика межличностной обратной связи в тренинге включает в себя: 1) интенсификацию подачи намеренной обратной связи; 2) повышение коммуникативной и объектной адекватности обратной связи; 3) рост информативности обратной связи; 4) интенсификацию восприятия обратной связи в тренинге за счет: а) минимизации оценочных суждений; б) расширения использования автодескриптивных суждений; в) использования «группового фонда обратных связей», адресованных другим участникам группы; г) психологической поддержки, оказываемой группой каждому участнику; д) действия эффектов тренинга (ослабления центрированности участников на себе, усиления обращенности к партнеру, развития готовности встать на его точку зрения и усомниться в собственной позиции); е) высокой эмоциональной насыщенности групповых занятий. Таким образом, специфика обратной связи в тренинге задается тем, что обратная связь функционирует в контексте субъект-субъектного общения, характерными особенностями которого являются установка на активность в общении и гуманистическая установка на партнера.

▸ Введение в практическую социальную психологию: учеб. пособие для вузов / Под ред. Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской, О.В. Соловьевой. М.: Наука, 1994; Смысл, 1996, 1997, 1999; *Жуков Ю.М., Петровская Л.А., Растянников П.В.* Диагностика и развитие компетентности в общении. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990; *Петровская Л.А.* Гуманистический контекст психологической помощи // Социальная психология в современном мире: учеб. пособие для вузов / Под ред. Г.М. Андреевой, А.И. Донцова. М.: Аспект-пресс, 2002; *Она же.* Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989; *Она же.* Общение — компетентность — тренинг: избранные труды. М.: Смысл, 2007; *Она же.* Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982; Психология общения. Словарь. М., 2015

О.В. Соловьева

Пиар (PR) в работе представителей помогающих профессий (public relations, PR – связь с общественно-

стью) — особая функция управления, которая способствует установлению и поддержанию общения, взаимопонимания и сотрудничества между организацией (психологической консультацией, тренинговой компанией, лечебно-профилактическим учреждением, реабилитационным центром, школой здоровья и др.), оказывающей помощь, и целевыми аудиториями (соответствующими группами населения). В своей практической деятельности институт PR формализует важнейшее стремление человека — быть понятным, открытым для широкого сотрудничества в атмосфере взаимной доброжелательности. PR помогает руководству организации быть информированным об общественном мнении и вовремя реагировать на него, выполняет роль «системы раннего оповещения» об опасности и помогает справиться с нежелательными тенденциями, использует исследование и основанное на этических нормах общение в качестве основных средств деятельности (Foundation for Pablic Relations Research and Education, 1975).

Представители помогающих профессий используют PR для информирования общественности о возможности оказания ими той или иной помощи, для убеждения населения в необходимости модификации конфликтного поведения, в использовании методов и форм общения, поддерживающих социальное благополучие личности, отдельных групп населения, общества в целом. Услугами PR пользуются психологи, лечебно-профилактические учреждения, организации, функционирующие в сфере общественного здравоохранения, школы здоровья и др. Обязанности PR-специалиста, получившего заказ в рамках общественного здравоохранения: поддержка связи со специалистами, чиновниками; проведение специальных акций (выставок, приемов, презентаций), мероприятий для журналистов (например, пресс-ланч), promotion-акций (лотереи, конкурсы и пр.); спонсорские акции; контроль за рекламой и рекламными материалами (например, за тем, как аудитория реагирует на ту или иную рекламу); подключение к программе лидеров общественности и пр. Важнейшие задачи PR-кампаний: а) установление взаимопонимания и сотрудничества между целевыми аудиториями (внешней и внутренней), получение поддержки ключевой аудитории и лидера общественности; б) расширение рынка сбыта услуг.

PR-специалисты, PR-агентства — это инструмент, с помощью которого модели общественного и индивидуального здоровья продвигаются на рынок потребительских услуг населению. Исследуется вопрос о качестве PR-акций, одним из критериев которого выступает «гигиеничность» акций, соблюдение ими требования «не навреди». Продвижение моделей здоровья, поведения, его поддерживающего, предполагает содействие PR-специалистов в подборе представителей организаций, занимающихся оказанием подобного рода услуг, для работы с целевыми группами, а также заботу не только об имидже этой организации, но и об имидже ее представителей. Представитель общественной организации, помогающей профессии должен уметь «подать себя». Так, медицинский работник традиционно поддерживает имидж человека, который серьезно относится к своему делу и в систему ценностей которого входит ценность служения здоровью других. Для эффекта личного обаяния не только врача, но и психолога значимы его здоровье, внешность, рост, красота, самоуважение, легкость адаптации к новым условиям, умение сохранять уверенность в кругу незнакомых людей, доброжелательность, проникновенное обращение с нуждающимися в помощи, «психологическая андрогиния», умение управлять собой. Имидж в деловом общении психолога, как и медицинского работника, является тем личностным инструментом, с помощью которого создаются доверительные отношения. Принимая во внимание ролевую отнесенность имиджа, его носитель должен демонстрировать клиенту, пациенту свою способность удовлетворять его потребность в безопасности, стремление к сотрудничеству, учитывать его интересы, свое умение и желание работать в интересах обратившегося за помощью. Важно, чтобы у клиента, пациента в процессе общения с ним родилась мысль: «Я его знаю, он хороший, он годится, так как квалифицирован и хочет мне помочь».

▸ *Королько В.* Основы паблик рилейшнз. М., 2000; *Творогова Н.Д., Кулешов Д.В.* Социальная психология. М., 2008; *Чумиков А.Н., Бочаров М.П.* Связи с общественностью: теория и практика. М., 2006

Д.В. Кулешов

Плацебо-эффект (лат. placebo — понравлюсь) — изменение (или его отсутствие) в физиологическом и психологическом состоянии субъекта, вызван-

ное приемом плацебо — безвредного препарата, назначаемого под видом какого-либо лекарственного средства. П.э. демонстрирует психотерапевтическое действие самого факта приема лекарства и применяется, когда необходимо установить степень участия внушения в лечебном действии нового препарата. При этом группе испытуемых сообщается, что их будут лечить новым средством, после чего половине группы дается плацебо. Сравнение результатов по двум подгруппам позволяет судить о действительной эффективности лекарства. П.э. используется также в психотерапии и при решении некоторых экспериментальных психологических задач.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Поведенческая психотерапия (греч. therapeia — лечение) — сложившийся в США метод психотерапии, опирающийся на теоретические положения поведенческой психологии (один из основоположников П. п. — Дж. Уолпе; активно поддержал метод П. п. Г.Ю. Айзенк; термин стал использоваться с 1953 г.).

Предшественники П. п. — методы психотерапии, основанные на принципах научения. Классическое обусловливание, связанное с именем И.П. Павлова, было первой теорией, которая легла в основу П. п. Теория инструментального, или оперантного, обусловливания (Торндайк Е., Скинер Б.) подчеркнула значение стимулов, имевших позитивный или негативный характер (закон эффекта), в возникновении и закреплении поведения. В 60-е гг. прошлого столетия на развитие П. п. оказала влияние теория научения (прежде всего социального) через наблюдение (Бандура А.): одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения (в дальнейшем это привело к появлению концепции самоэффективности).

Психические и эмоциональные расстройства рассматриваются сторонниками П. п. как нарушения процессов адаптации индивида к существующим условиям. Причиной таких нарушений является либо быстрое заучивание «неадаптивных способов поведения», что означает формирование симптомов неврозов, либо слабое и медленное закрепление реакций адаптивного характера, что свидетельствует о психопатических тенденциях в процессах адаптации индивида. Современная трактовка термина «поведение», на которое опирается П. п., включает не только внешне наблюдаемые характеристики, но и эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные, когнитивные и вербально-когнитивные проявления. П. п. призвана уменьшать человеческие страдания и ограничения в способности к действиям. Ее цель — формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Д. Мейхенбаума и его коллег. Разработанная им методика самоинструктирования представляет собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации. Современная П. п. использует когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться и на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем. П. п. — это развивающееся направление в психотерапии; модифицируются старые и расширяется спектр новых методик внутри этого направления.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Поддержка — 1) предоставление того, что другому необходимо; 2) обеспечение комфорта, признания, одобрения, подбадривания другого человека (поддерживающая терапия); 3) рефлексия отношения человека с людьми из близкого окружения, сопереживающими и оказывающими ему реальную помощь.

Социальная П. — все формы П., обеспечиваемой другими людьми и группами, которые помогают индивиду преодолеть трудности в жизни. П. социального окружения является средовым ресурсом в контексте ресурсного подхода (Frydenberg E., 2002). Она может осуществляться с помощью информации, подтверждающей, что в случае, например, заболевания пациент является членом социальной сети, которая выступает в качестве буфера действия этого заболевания на его функциональное состояние и подвижность (Kriegsman D.M.W. et al., 1997). Иногда социальная П. подразделяется на инструментальную и эмоциональную. Эмоциональная П. — принятие индивида другой личностью (группой), при-

знание его ценности и значимости независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров, даже если отличается от других. Это важнейший механизм лечебного действия в психотерапии, создающий необходимые предпосылки для ослабления защитных механизмов клиента, преодоления им тревоги и страха, принятия себя, повышения самоуважения. Инструментальная П. предполагает оказание реальной, действенной помощи, передачу важной информации, необходимых ресурсов и пр. Выделение разных видов П. может быть осуществлено и в зависимости от того, кто эту П. оказывает. Можно рассматривать особенности П. семейной, медицинской, со стороны клинического психолога, терапевтической группы, священнослужителя и др.

Человеку, нуждающемуся в П., нужно научиться ее принимать, не замыкаться в себе. Клинический психолог может помочь в этом, объяснить значение П., вовлекая клиента в работу группы самопомощи, семейной психотерапии и др. Человек иногда сам обращается с просьбой о П. (уже само обращение к психологу является одной из форм такой просьбы). Мужчины с высоким уровнем независимости отрицательно относятся к социальной П., тогда как женщины в целом легче и охотнее мужчин принимают и пользуются ею (Ayman R., Antani A., 2008). Мужчины чаще обращаются за инструментальной П., а женщины с равной частотой — за инструментальной и за эмоциональной (Fiori K.L., Denckla C.A., 2012). Для молодых наиболее важным в социальной П. является возможность обсуждения своих переживаний, а для пожилых — поддержание доверительных отношений (Ялтонский В.М., 1995).

Поддерживающая (неспецифическая) психотерапия — терапия, при которой отношению пациента к психотерапевту и активному эмоциональному содействию психотерапевта принадлежит центральная роль. Такая П. предлагается в случае, когда глубокая реорганизация психики и выявление бессознательных установок не обязательны для решения проблемы клиента (Аскевис-Леерпе Ф., Барух К., Картрон А., 2006). Например, у пациента может быть кризисное состояние, состояние сильного душевного волнения, вызванное смертью члена семьи, увольнением с работы. Продолжительная поддерживающая терапия показана для лиц, которые не в состоянии переносить эмоциональные нагрузки интенсивной глубинно-психологической терапии. Психотерапевт предоставляет клиенту возможность выразить свои чувства, дает ему советы, укрепляет его способность действовать и его механизмы интрапсихической защиты (вместо того, чтобы ставить их под сомнение и анализировать, как в психодинамической форме психотерапии), может помочь сохранить надежду («Вы можете с этим справиться»), «выпустить наружу» захвативший клиента гнев, придав его переживаниям новое направление, может укрепить самоуважение и ободрить, повернув лицом к более приемлемым формам отношения к реальным событиям и обстоятельствам. Одним из возможных видов П. являются профессионально руководимые группы, ставящие задачи информирования своих участников, определения их готовности к изменениям, обсуждения волнующих их проблем.

Поддерживающий уход — уход за пациентом, чье состояние не поддается лечению или коррекции. Цель такого ухода в максимальной опоре на сохранные функции, повышении удовлетворенности жизнью с одновременным снижением дискомфорта. Хронически больным нужно помочь принять их вполне оправданную зависимость. Программа заботливо опекающего, поддерживающего ухода призвана сводить эту зависимость к минимуму, однако без угрозы полного прекращения П. пациента. Например, хоспис для умирающих — приют, где неизлечимые больные находят специальный уход и П., которую оказывают им психологически подготовленные сиделки, а также священнослужители, духовно поддерживая в кризисной ситуации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; Энциклопедия психического здоровья / Г.-У. Виттхен. М., 2006

Н.Д. Творогова

Подкрепление (reinforcer) — 1) повышение вероятности инструментального рефлекса (то же, что и оперантный рефлекс — преднамеренная ответная реакция с целью добиться желаемого события или избежать неприятного события) либо путем его сочетания с привлекательным событием (положительное подкрепление), либо за счет избегания неприятного события (отрицательное подкрепление); 2) любой стимул, который следует за поведением и повышает или поддерживает вероятность дальнейшего появления именно такого поведения в подобной ситуации.

Позитивное П. связано с получением приятного стимула. Негативное П. усиливает поведение тем, что устраняет неприятный стимул. Положительные и отрицательные последствия регулируют поведение.

Первичное П. – стимулы, которые заложены в человеке с рождения и связаны с физическими потребностями и стремлением выжить (например, воздух, вода, пища, кров). Вторичное П. – нейтральные стимулы, настолько сильно ассоциирующиеся с первичными, что, в конце концов, и сами начинают действовать как П. (например, деньги).

П. эффективнее наказания (аверсивный контроль), т. к. действие П. избирательно направляет поведение на достижение заранее выбранной цели. Наказание же не дает информации о том, как что-то можно сделать правильно, поэтому оно препятствует развитию человека. «Наказанное» поведение, как правило, не исчезает; если не последовало дальнейшего научения, оно возвращается либо в скрытом виде, либо в сочетании с другим (например, с поведением, которое будет направлено на то, чтобы избежать грозящего наказания, или будет сочетаться с местью тому, кто наказание налагал).

От того, насколько регулярно и часто подкрепляется данный тип поведения, зависит, насколько быстро ему можно обучить и как часто этот новый тип поведения будет проявляться. Регулярное П. повышает скорость запоминания нового поведения. Дискретное (нерегулярное) П. создает более стабильное поведение.

Позитивные и негативные последствия контролируют, обусловливают поведение человека. Именно от того, что происходит после прекращения какого-либо действия, поведения, зависит его обусловливание. Обусловливание поведения человека может иметь место, когда он о нем: а) не подозревает; б) знает. Обусловливание более эффективно, когда человек о нем знает и подстраивается под него, начинает сотрудничать. Сотрудничество с точки зрения бихевиоризма – это эффективное обусловливание.

Свобода, по Берресу Фредерику Скиннеру, – это способность контролировать свое поведение, изменяя внешние обстоятельства. Степень развития человека отражает его способность усиливать выгодный ему контроль окружающего и сводить к минимуму неблагоприятные условия. Если человек может изменять свое окружение, то тем самым может ослаблять воздействие на себя неблагоприятных условий и сделать более успешным контроль своего поведения. Если ему не достает самопознания, то это означает, что человек какое-то свое поведение не заметил или не запомнил; у него должна быть конкретная причина обратить внимание на свои удачи и неудачи. Важно его вознаграждать не за то, что с ним произошло или не произошло, а за то, что он заметил это событие. Поведением Б. Скинер считает все то, что совершает организм, при условии, что эти действия являются видимыми.

В вербальном сообществе индивиды реагируют на вербальное поведение других представителей этого же сообщества. Человек видоизменяет свое поведение в общении с другими людьми под воздействием их реакции и в зависимости от своего собственного восприятия ситуации.

▸ *Фрейджер Р., Фейдимен Дж.* Радикальный бихевиоризм. Б. Скиннер. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007; *Skinner B.F.* Science and human behavior. N. Y.: Macmillan. 1953

Н.Д. Творогова

Позитивная психотерапия (лат. positum – имеющий место, реально существующий) – метод психотерапии реальностью, или психотерапия здравым смыслом, опирающийся на синтез психоаналитических элементов и принципов теории отношений (Benedetti G.). П. п. разрабатывается с 1969 г. Н. Пезешкианом (Германия) и представляет собой базовую модель, в которой могут сочетаться различные психотерапевтические направления; она основывается на междисциплинарном и транскультурном подходе. Вместе с тем П. п. может быть названа и конфликт-центрированной краткосрочной психотерапией. П. п. официально принята для обучения врачей Германии, включает в себя: позитивный подход, содержательный анализ, пятиступенчатую модель самопомощи.

1. Позитивный подход. Понятие позитивного имеет в П. п. особое значение, основывается на том, что терапия первично направлена не на устранение определенных нарушений, а на выявление и мобилизацию имеющихся способностей и потенциала самопомощи. В то время как большинство психотерапевтических направлений исходит из необходимости бороться с какими-либо нарушениями, заболеваниями, т. е. исходит из негативного, в П. п. во главу угла ставятся позитивные возможности человека.

Подавляемые и односторонне проявляющиеся способности становятся возможным источником конфликтов и нарушений как в личностной сфере, так и в межличностных отношениях; могут выражаться в депрессии, страхах, агрессии, своеобразии отношений и психосоматических заболеваниях. Больные страдают не только от своих болезней и нарушений, но и от безнадежности, которая внушается им вместе с диагнозом. Это обстоятельство является исторически и культурно обусловленным, но его можно избежать, рассматривая способности человека и его проблемы не с одной неизменной точки зрения, а исходя из отношений других людей, из других теоретических систем и из другой культуры.

Взгляд с транскультурных позиций способствует лучшему пониманию индивидуальных конфликтов, позволяет клиенту познакомиться с тем, как воспринимаются и оцениваются одни и те же проблемы и конфликты в разных культурах, как люди и целые семьи преодолевают их. Давая человеку понять, что те же отношения в другой культурной традиции или в иное время воспринимались совсем с другой точки зрения, вовсе не были поразительными или были даже желательными, терапевту удается раздвинуть горизонты понимания клиентом картины мира. Травмирующие его отношения перестают оцениваться в прежних масштабах, под сомнение ставятся свои предубеждения и предрассудки, преодолеваются комплексы, восстанавливается общение.

В основу концепции П. п. положена идея о том, что каждый без исключения человек обладает способностью к познанию и способностью к любви. В зависимости от физического состояния человека, окружающего его мира и времени, в которое он живет, эти способности дифференцируются и определяют индивидуальные особенности человека. Неврозы, психозы и психосоматические заболевания рассматриваются как односторонняя дифференцировка основных способностей человека. Отсюда основная цель терапии — устранение возникающих нарушений и создание возможностей для интеграции через мобилизацию способности человека к любви и познанию. Позитивный подход означает принятие других людей такими, какие они есть. Одновременно с этим поддерживается и стремление видеть других такими, какими они могут быть. В целом это означает, что, принимая людей с их сложностями и болезнями, нужно помочь разглядеть их задавленные проблемами способности. На практике это выглядит следующим образом: человека спрашивают о значении того или иного симптома для него и его социальной группы и стремятся выделить при этом его «позитивные» моменты: «Что позитивного может быть в том, что я краснею? Какие преимущества приносят нарушения сна? Какую функцию выполняют боли в желудке? Что значит для меня тот факт, что у меня больное сердце или приступы удушья?» и т. д.

С позитивной точки зрения могут рассматриваться и различные заболевания. Депрессия означает способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликты. Страх одиночества означает ярко выраженную потребность в общении с людьми. Фригидность означает способность сказать «нет» своим телом.

Позитивный метод приводит к изменению точки зрения, что является базисом для совместной терапевтической работы и обеспечивает эффективное взаимодействие в разрешении проблем и конфликтов. От симптома переходят к внутриличностному конфликту.

2. Содержательный анализ. К нарушениям и заболеваниям ведут, как правило, не крупные происшествия, а маленькие периодические душевные ранения (микротравмы), которые переходят в потенциальный конфликт. Различные сферы отношений человека исследуются при помощи специального опросника, который позволяет описывать содержательные компоненты конфликта и способности человека.

Эти сферы, обозначаемые как актуальные способности, можно разделить на две группы: 1) психосоциальные нормы, ориентированные на достижение (вторичные способности), к которым относятся пунктуальность, аккуратность, бережливость, опрятность, трудолюбие, послушание, вежливость, искренность, верность, справедливость, надежность и обязательность; 2) а также эмоционально ориентированные категории (первичные способности), к которым относятся любовь, терпение, доверие, сексуальность, время, пример для подражания, контакты, надежда, единство и вера. Актуальные способности формируются в процессе социализации в соответствии с социокультурной си-

стемой отношений и проявляются в неповторимых условиях индивидуального развития. Они являются исходной точкой в самопонимании и определяют правила того, как человек воспринимает себя и окружающий его мир и решает свои проблемы.

Актуальные способности связаны с основными четырьмя сферами переработки конфликта: отношение к своему телу (ощущения), работа (деятельность), межличностные контакты (традиция), фантазии (прогнозирование своего будущего, поиск смысла своей жизни). Согласно концепции П. п., здоровым является не тот человек, у которого не бывает конфликтов, а тот, кто умеет преодолевать возникающие конфликты, кто может равномерно распределить свою энергию по четырем сферам. Это означает, что цель лечения состоит в том, чтобы человек посвятил 25 % своей энергии (но не обязательно времени) своим физическим потребностям; 25 % энергии направил бы на свою деятельность, будь то профессиональный труд или домашняя работа; 25 % — на межличностные контакты (семья, друзья, коллеги) и еще 25 % — отдавал фантазии, воображению, вопросам о будущем, о смысле жизни. Конечно, это может быть только целью, к которой нужно стремиться.

Такой метод дает возможность психотерапевту уже после нескольких вопросов дойти до сути конфликта. Эта модель «четырех сфер переработки конфликта» в то же время может помочь и самому терапевту и его семье исследовать свои возможности, выявить ограничения в своей жизни и преодолеть их, сделав жизнь более разносторонней.

3. Пятиступенчатая модель самопомощи. В ее основе лежит необходимость создания эффективной и экономичной стратегии конфликт-центрированной психотерапии. Составляющие (ступени) этой стратегии: наблюдение, дистанцирование, инвентаризация, ситуативное ободрение, вербализация и расширение системы целей. Эти 5 ступеней представляют собой хороший пример того, как могут взаимодействовать различные психотерапевтические направления: психоаналитические, глубинно-психологические, поведенческие, групповые, гипнотерапевтические, медикаментозные и физиотерапевтические методы.

Ступени процесса терапии: 1) симптоматика, позитивная ее интерпретация, транскультурные аспекты, пословицы; 2) «Что произошло с вами в последние 5–10 лет (в отношении здоровья, профессии, семьи и т. д.)? Назовите, пожалуйста, 10 наиболее значимых для вас событий. Как вы реагировали на эти события? Где вы научились так реагировать? Как на это реагирует ваша семья?»; 3) «С какими из этих событий вы уже справились? Как вы это сделали и что это вам дало?»; 4) «Какие проблемы у вас еще остались? Какие из них вы хотели бы решить в ближайшие 5–6 недель?»; 5) «Что вы будете делать в следующие 5 лет (месяцев, недель, дней) в отношении здоровья, работы, семьи и общества, если у вас не станет больше проблем?».

Пять ступеней П. п. ориентируются на четыре сферы переработки конфликтов и имеют целью расширение репертуара возможностей переработки конфликтов (2–4-я ступени).

Богатой почвой для мобилизации ресурсов пациента являются притчи и фольклор. Разнообразные сказания, басни, сравнения и пословицы облегчают интеллектуальный и эмоциональный переход на иную точку зрения. Они могут оказать большую помощь и при аутопсихотерапии. Эти средства применяются в П. п. с учетом стадийности процесса.

Метод П. п. применим в амбулаторных и стационарных условиях; при последних пациент обучается самопомощи и переводится на последующее амбулаторное наблюдение. Средняя продолжительность лечения составляет 15–20 сеансов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Х. Пезешкиан

Полиформности принцип при психологической работе с жизненными смыслами — обеспечение в процессе психологического консультирования психологической равновесности строения смысловой реальности личности. Патогенность состояний экзистенциального вакуума, экзистенциальной фрустрации (Франкл В.) хорошо известна. Однако недостаточная ресурсная обеспеченность сознания личности с одномерной смысловой ориентированностью жизни может быть также фактором риска неблагополучия, особенно в периоды возрастных, профессиональных, семейных и других кризисов. Уникальный, длительно вынашиваемый, незаменимый, нетрансформируемый, некорректируемый и т. д. жизненный смысл может стать орудием самоуничтожения личности в случае осознания нереализуемости симбиотически интернализо-

ванного индивидом смысла. Психологическая равновесность в этом плане может обеспечиваться строением смысловой реальности личности как «полиформной реальности» (Леонтьев Д.А.). Психологическая работа со смысловой сферой субъекта в этом контексте предполагает амплификацию унитарного смысла как минимум разновидностью либо вариативностью возможных форм актуализации и осуществления смысла. В профилактическом плане целесообразна работа по модерации самоконструирования личностью системы больших и малых смыслов (Чудновский В.Э.).

▸ *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М., 1999; *Чудновский В.Э.* К проблеме адекватности смысла жизни // Мир психологии. 1999. № 2(18). С. 74–80

Г.В. Акопов

Помогающее поведение – предоставление содействия тому, кто в нем нуждается. Такое поведение не включает никаких жертв (реальных или потенциальных) со стороны помогающего; хотя при нем и возможны некоторый риск или личные лишения. Некоторые ситуации П. п. объясняет эффект Латейна (эффект очевидца): чем больше людей находится рядом, тем более вероятно, что каждый из них полагает, что кто-то другой окажет помощь (следовательно, никто не помогает). Экспериментально показано, что данный феномен обнаруживает себя лишь в аморфной группе (толпа, случайные прохожие и т. п.), но не возникает, когда в роли «очевидцев» выступает коллектив, семья, дружная компания и т. п. (Петровский А.В., 1973).

Для получающего помощь, если он в ней нуждается, актуальна квалификация ее именно как помощи, а не как средства для дальнейших манипуляций со стороны ее предоставляющего. Помощь надо суметь принять (она принимается не от каждого) без снижения самоценности, сохраняя адекватную самооценку (что зависит не только от личности, принимающей помощь, но и от того, кто и как ее предоставляет).

Иногда могут быть попытки оказать помощь тому, кто объективно в ней не нуждается (такое поведение нередко расценивается как назойливое). С другой стороны, человек может требовать от других помощь (не нуждаясь, по сути, в ней) с целью вызвать у них чувство вины; имеется и опасность формирования у него выученной беспомощности.

Оказание помощи и принятие ее – парное взаимодействие (включающее мотивационные аспекты, индивидуальные цели, коммуникативные действия и операции, обратную связь, коррекцию своего поведения), взаимосвязанное с социальной перцепцией и коммуникацией.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Помощь – предоставление содействия тому, кто в нем нуждается (в удовлетворении значимой для него потребности). Оказание П. является добровольным актом, целью которого служит делание добра другому человеку. В получении П. нет унижения для ее принимающего, не появляется для него и обязывающей зависимости; при этом важно, чтобы он интерпретировал действия помогающего как П., придавал им именно этот смысл; эти условия способствуют принятию им П.

Физическое сходство благоприятствует оказанию П.; однако получение П. от того, кто на тебя похож, может вызвать негативные последствия для самооценки принимающего П. Значение сходства возрастает в межгрупповом контексте, особенно если получатель П. принадлежит к доминирующей группе (социальной, этнической и пр.).

П. считается альтруистической, если она не приносит никакой выгоды тому, кто ее оказывает, и, возможно, причиняет ему определенные неудобства или даже подвергает его опасности. По мнению социобиологов, опирающихся на эволюционную теорию Ч. Дарвина, альтруизм способствует выживанию вида. Если П. является небескорыстной (ее оказывают с расчетом на какую-либо компенсацию), то она соответствует желанию максимизировать выгоду и минимизировать личные затраты. Вероятность оказания П. человеку в состоянии отчаяния зависит от характеристик этого человека и от ситуации, в которой звучит просьба о П.

П. может быть оказана в форме совета, который необходим человеку, когда он сталкивается с теми или иными жизненными трудностями, перед принятием им важного решения. Совет со стороны психотерапевта обычно относится к сфере реальности и сознания, не предполагает изменения защитных действий психики клиента. Психотерапевтический

совет может касаться супружеских отношений: терапевт может быть посредником при разводе; проводить беседы, предваряющие принятие решения о зачатии искусственным путем, о прерывании беременности или эстетической хирургии и т. д. Специалист в роли лидера, или учителя, или терапевта может оказать П. в форме временной поддержки, которая служит тому, чтобы клиент взял свою жизнь в свои руки (Шутц У., 2004).

П. другому человеку может рассматриваться как модель воспитания, обучения, проведения терапии; она обычно отвечает социальным нормам. В процессе воспитания человек усваивает, что необходимо и хорошо помогать тем, кто помогает ему (норма взаимности), и тем, кто зависит от него (норма ответственности). Норма взаимности действует особенно тогда, когда речь идет о П. равному, а норма ответственности в основном применяется, когда человек несет ответственность за ситуацию, в которой оказался тот, кому нужно помогать. Эти нормы могут столкнуться с нормой, предписывающей не вмешиваться в дела другого человека (норма близости).

В случае болезни П. пациенту соотносят с профессиональными действиями, способствующими процессу выздоровления. Необходимо помочь пациенту поверить в положительный исход лечения. В случае тяжелых заболеваний, когда у пациента нарушена способность обслуживать себя, П. предполагает осуществление постоянного физического, психологического (в зависимости от характера заболевания) ухода за ним. П. предполагает психологическую готовность к ее осуществлению и готовность пациента принять предоставляемую ему П. Пример: семь шагов ситуационно обусловленной П. (используются в процессе сестринского ухода за пациентом): 1) выявление проблемы (ситуации); 2) изучение контекста ситуации; 3) определение временных границ; 4) анализ проблемы; 5) составление плана; 6) реализация плана; 7) оценка результата. Причина, по которой человек обратился за П., станет основой для ее оценки, поможет сосредоточиться на проблемах пациента. Ситуация, с которой медицинская сестра встречается на практике, предполагает одновременно участие пациента в процессе преодоления проблемы, извлечение им опыта из прошлого, приспособление к нынешней ситуации или ее преодоление. План оказания П. строится исходя из потенциальных возможностей, способностей и других позитивных факторов, которыми располагает пациент или его семья. Медсестра начинает действовать только тогда, когда убедится в готовности пациента и его семьи принять тот или иной вид П. Реакции пациента и членов его семьи используются в качестве критерия для оценки результата оказанной П.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007; *Шутц У.* Совершенная ясность. Харьков, 2004

Н.Д. Творогова

Портретный метод (маскотерапия) — метод психотерапии, основанный на представлении о психическом заболевании как следствии расстройства диалогических форм общения личности, приводящих к патологическому одиночеству, и заключающийся в реконструкции диалога посредством воссоздания зеркального двойника пациента. Включает в себя такие техники, как скульптурное портретирование, автопортрет, бодиарттерапия, пластическая ритмика и др. Осуществляется в индивидуальной и групповой форме, а также и при параллельном лечении опекунов пациента.

Метод разработан Г.М. Назлояном в 1978 г. Основа метода — авторская концепция патологического одиночества, возникшая в результате критического переосмысления классического понятия «аутизм» (Блейер О. и др.). Идея патологического одиночества рассматривается в рамках диалогической парадигмы и представления об архетипе человека и его зеркальном «Я». Психическое заболевание трактуется как функция нарушения зеркального образа, процессов самоидентификации, внутреннего диалога. Эффективность лечения определяется возможностью реконструировать посредством П. м. утраченный образ «Я» и восстановить диалог.

П. м. объединяет в себе клинический подход и искусство (врачи, применяющие П.м., свободно владеют навыками изобразительного искусства). Портретная терапия имеет четко обозначенные начало, этапы и завершение, что продиктовано особенностями работы над скульптурным портретом, который рано или поздно должен завершиться. В ходе терапии структура «психотерапевт — пациент» («врач — больной») замещается тройственной структурой «художник — портрет — модель», в рамках которой

и возникает истинный диалог, а портрет становится местом, куда «уходит болезнь». Идея окончания работы над портретом, заложенная в психотерапевтическом сеансе, присутствует во всем ходе лечения, создавая позитивные ожидания. Завершение портрета совпадает с выздоровлением.

Метод направлен на лечение аутистических расстройств, острых и хронических психозов, неврозов и реактивных состояний; эффективен при разных формах шизофрении и других функциональных расстройствах психики. В комплексном лечении и реабилитации душевнобольных наряду с портретированием используются техники автопортрета, бодиарта и др. Портретный метод гармонично сочетается с лекарственной терапией и традиционными техниками психотерапии, применяемыми в медицинской практике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Р.А. Саакян

«Почва под ногами» (в психотерапии) — метафора, используемая в телесно-ориентированной психотерапии (биоэнергетическом методе), постулирующей существование физического аспекта принципа реальности З. Фрейда. А. Лоуэн (1975) считает, что психологический принцип приведения бессознательных стремлений к получению удовольствия в соответствие с объективными условиями (принцип реальности) является функционально тождественным биоэнергетическому принципу контакта с «П. п. н.».

Разработка понятия «П. п. н.» основывается на предположении, что хронические мышечные напряжения препятствуют нормальному контакту «с единственной и неизменной реальностью в жизни человека — с землей или почвой» (Лоуэн А.), что приводит к усилению невротического характера. Биоэнергетические терапевты утверждают, что есть взаимосвязь между слабыми ощущениями «П. п. н.» («отчуждение от земли») и отчуждением от собственного тела, подавлением эмоционального самовыражения и психологическим уходом от реальных проблем. Для активизации принципа реальности, обретения «П. п. н.», «возвращения на землю» в биоэнергетическом методе применяются различные напряженные позы (например, «кольцо Лоуэна»), физические упражнения и удары ногами по земле. Например, после длительной серии ударов по земле пациенту предлагается расслабиться и почувствовать связь с землей. Пациент при этом может обнаружить, что он начинает ощущать под ногами прочную, надежную основу, которую раньше не замечал. В ходе биоэнергетической работы пациент постепенно осознает, что ранее для него было свойственно «идти по земле (жизни) на цыпочках», не доверяя ей, опасаясь упасть и «стремясь взлететь» и «улететь подальше». Обретая «почву под ногами», он обучается доверять ей и, «опираясь на нее», решать свои проблемы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

«Прививка» от стрессов — методика поведенческой терапии, направленная на преодоление стрессовых событий и предупреждение стрессовых реакций. Предполагается, что отработка реакций на воображаемые стрессовые события является «прививкой» от будущих стрессов.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Принцип «здесь и теперь» (в психотерапии) — концентрация внимания клиента или группы на актуальных взаимоотношениях, взаимодействиях, переживаниях и процессах, происходящих в данный конкретный момент и в данном месте.

Ряд психотерапевтических школ постулирует этот принцип в качестве ведущего (гештальт-терапия, группы встреч и пр.), другие сочетают его с прошлым опытом (психодрама, групповая психотерапия). Анализируя собственные межличностные взаимодействия в терапевтической группе, переживания, возникающие в процессе общения с другими, клиенты получают материал для осознания присущих им проблем и конфликтов, характерных не только для психотерапевтической среды, но и вне ее.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Программы раннего психологического вмешательства для групп риска (профилактика наркозависимости, синдрома приобретенного иммунодефицита

(СПИДа), школьного насилия и др.) – разрабатываются в составе комплексных профилактических мероприятий с целью поддержания здоровья населения. Программа: 1) официальный комплекс мероприятий; 2) упорядоченный список инструкций, нацеленный на решение проблемы.

Профилактика девиантного поведения для групп риска, проводимая специалистами-психологами, направлена на предупреждение отклонений в поведении и их последствий с помощью мер, включающих в себя просветительский, психодиагностический, консультативный и коррекционный компоненты. Профилактическая деятельность психологов входит в систему так называемой первичной профилактики и проводится в сотрудничестве с социальными педагогами, юристами и медиками. Социально-педагогический подход к профилактике девиаций направлен прежде всего на создание благоприятной среды для формирования здоровой личности. В сферу внимания социальных педагогов попадают специфика семейной ситуации, условия, в которых развивается ребенок, пресечение по отношению к нему возможных актов насилия. В задачи медицинского просвещения входит информирование населения, групп риска о деструктивном влиянии различных форм девиантного поведения на организм и психику человека, способствующего развитию тех или иных заболеваний (например, риск рака легких при курении, заражение ВИЧ-инфекцией при употреблении внутривенно наркотиков, неразборчивости в сексуальных контактах и т. д.). Специалисты в области юриспруденции организуют правовую регламентацию девиантного поведения и его последствий.

Просветительская деятельность психологов подразумевает разъяснение аудитории психологических и социальных последствий различных форм девиантного поведения (проблемы с социальным окружением, угроза для полноценной самореализации и пр.), а также психологических причин, по которым развивается девиантное поведение. Предлагаются программы модификации отклоняющегося поведения. Основное внимание на сегодняшний день психологи уделяют наркотической, алкогольной зависимостям, табакокурению; нехимические зависимости и другие формы девиаций, включая школьное насилие, профилактическая деятельность психологов затрагивает в настоящий период не так часто.

Психодиагностические процедуры в рамках профилактики отклонений в поведении групп риска проводятся с целью выявления выраженной предрасположенности к девиациям. Внимание уделяется наличию акцентуации характера и в случае диагностики детей – их представлениям о своей семье (эти факторы рассматриваются на данный период как основные для выявления психологических предпосылок развития зависимого поведения и других форм девиаций у детей).

Консультативный компонент предполагает консультирование представителей групп риска (прежде всего подросткового возраста) по вопросам, касающимся проблемных сфер: трудностей, связанных с физиологическими изменениями в пубертатный период, ощущения непонимания со стороны семьи и сверстников, проблем в межличностных отношениях и пр. Консультирование часто носит предварительный характер для последующей психокоррекции, предоставляя подросткам возможность получить информацию о путях взаимодействия со своей проблемой.

Подростки – наиболее частая целевая группа, с которой имеют дело психологи, занимающиеся профилактикой девиантного поведения. Выраженная предрасположенность к различным формам девиаций обусловлена спецификой их возрастного кризиса, вызванного переходом от этапа детства к этапу актуализации и самоутверждения в мире взрослых. Мишени психологической коррекции: акцентуации характера, мировоззренческие проблемы, трудности самоопределения и пр.

В поле зрения психологов, занимающихся ранним психологическим вмешательством, попадают и дети дошкольного и младшего школьного возрастов. Выявление и коррекцию проблем в раннем психическом развитии, работу с педагогической запущенностью и налаживанием механизмов адаптации у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, другими проблемными особенностями психики с полной уверенностью также можно назвать профилактикой девиантного поведения, так как причиной различных форм девиаций часто являются психологические проблемы, зарождающиеся еще в раннем детстве.

Психологическим сообществом разрабатываются программы, призванные упорядочить и структурировать профилактический инструментарий,

обеспечить обмен опытом между специалистами, работающими в этой области. Программы, создаваемые на базе различных учреждений (в основном это учреждения образования – школы, вузы), чаще всего включают в себя все компоненты профилактической деятельности: просветительский, психодиагностический, консультативный и коррекционный. Содержание методических материалов, используемых в профилактике девиаций, меняется в зависимости от специфики аудитории и конкретного вида девиантного поведения, на предупреждение которого направлена профилактическая деятельность. Кроме программ, созданных специалистами на местах, в России существуют и проекты федерального уровня: «Спорт против наркотиков», «Неприкосновенный запас – дети Отчизны» и др. Одна из таких программ – «За здоровье и безопасность наших детей» – проводится территориальными органами Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) в учебных заведениях федеральных округов. Акции, проводимые в ее рамках, направлены на информирование и обучение педагогов и родителей современным формам и методам своевременного выявления и предупреждения различных форм девиантного поведения, в том числе с целью профилактики наркомании среди детей, подростков, обеспечения их безопасности. Программа делает акцент на просветительской работе.

ФСКН России совместно с Минобрнауки России разработана учебная программа «Профилактика наркомании среди молодежи». Программа внедрена в учебный процесс ряда московских вузов и ссузов, освещает социально-педагогические, психологические и юридические аспекты предупреждения наркомании среди молодежи. К проведению занятий приглашаются специалисты ФСКН России, известные ученые и специалисты в сфере лечения, профилактики и реабилитации наркозависимых. Студенты в качестве отчетных материалов готовят специальные проекты в сфере антинаркотической рекламы и пропаганды.

Программы федерального уровня призваны охватить как можно большую аудиторию, в первую очередь с помощью массовых акций и просветительского компонента профилактики. Специалисты же, работающие на местах, имеют больше возможностей для индивидуального подхода и применения консультативного и коррекционного компонентов в своей профилактической деятельности с учетом региональных местных особенностей. В последнее время интенсивно налаживаются контакты в данной области с западными коллегами с целью использования их практических и теоретических наработок на территории нашей страны.

▸ *Намсинк Е.В.* Современные интернациональные технологии профилактики отклонений в поведении детей и подростков // Теория и практика образования в современном мире: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). СПб.: Реноме, 2013. С. 173–175; *Галич Г.О., Карпушкина Е.А., Корчагина Л.Н., Морозова Н.Л., Тупарева Н.В.* Профилактика девиантного поведения детей и подростков // Известия Пензенского гос. пед. унта им. В.Г. Белинского. 2010. № 20; *Остапенко Г.С., Остапенко Р.И.* Анализ особенностей личности подростков с девиантным поведением // Перспективы науки и образования. 2013. № 1

Д.Б. Романов

Противоалкогольное добровольное лечение без начального желания пациента (по методу С.Н. Зайцева) – использует психологический подход в работе с клиентом; работа ведется в правовом поле, без нарушения этических норм. Противоречие оказания помощи больным алкоголизмом без их желания снимается благодаря выходу из медицинской в психологическую плоскость проблемы и разделению работы на несколько этапов.

1. Этап активного выявления на ранних стадиях лиц с проблемным отношением к алкоголю. Этап реализуется путем информирования населения через средства массовой информации или в публичных выступлениях о симптомах и признаках алкогольной болезни на первой (начальной) стадии. Если при этом семье, в которой есть больной на первой стадии алкоголизма, уклоняющийся от лечения, предоставить информацию о том, что алкоголизм без желания пациента не лечится, то членам его семьи придется на это ответить психической защитой (отрицанием); осознавать, что близкий человек погибает, обречен и никто не может ему помочь, невыносимо. Принципиально важно в придачу к знаниям о начальных проявлениях болезни предоставить информацию о том, что алкоголизм успешно лечится и без желания

пациента. Заинтересованные родственники обращаются к врачу (психологу) за разъяснениями о том, как это делается, – человек с проблемным отношением к алкоголю на ранней стадии выявлен таким образом для врача (психолога).

2. Этап получения согласия клиента на контакт с врачом (психологом). Родственники клиента узнают, что желание лечиться и жить трезво формируется специалистом, вооруженным для этой цели специальной технологией – «способом преодоления алкогольной анозогнозии». Они задаются вопросом, как клиента привести в кабинет врача (психолога) на консультацию, а не на лечение, как им предлагали раньше. Врач (психолог) рекомендует «новые способы получения согласия пациента на контакт с врачом». Успех мероприятий этого этапа обеспечен тем, что пациент не воспринимает разговор с врачом (психологом) как лечение; согласно его представлениям, лечение – это применение лекарств, приборов, снятие влечения к алкоголю психотерапевтическими приемами и др. Полагая, что сможет уйти из кабинета врача (психолога), оставшись при своем мнении, он недооценивает возможности профессионального общения; а потому после небольшой стимуляции со стороны родственников соглашается на участие в консультации. Родственники так выполняют рекомендации: клиент в сопровождении членов семьи или члены семьи в сопровождении клиента приходят на консультацию. Задачи этапа выполнены.

3. Этап преодоления алкогольной анозогнозии, получение согласия пациента на проведение курса противоалкогольного лечения и частичной коррекции созависимости у членов его семьи. Врач (психолог) использует «способ преодоления алкогольной анозогнозии». После информационного вмешательства приемами рациональной психотерапии (основные приемы: информирование и разубеждение) пациент в большинстве случаев соглашается на противоалкогольное лечение сразу или спустя время, отсроченно. Его родные и близкие, осознав степень опасности, меняют свою позицию потворства пороку на позицию стимулирования к лечению и как минимум соглашаются на проведение мероприятий по коррекции созависимости.

4. Этап проведения информационного вмешательства по коррекции созависимости. Созависимость, как психологическое состояние, сопровождается системой логических ошибок, обладающей относительной устойчивостью к разубеждению, а также характеризуется комплексом признаков, аналогичным алкогольной анозогнозии. Врач (психолог) предпринимает попытку коррекции этого состояния, попытку исправить если не все, то большую часть когнитивных искажений созависимых за одну трехчасовую сессию, используя те же приемы, что и для преодоления алкогольной анозогнозии. Результат зависит от успешности проведения предыдущего этапа и от ресурсов членов семьи. Созависимость – это и поведенческая характеристика, поскольку представляет собой своеобразную семейную систему потворства пороку. В большинстве случаев созависимые соглашаются сотрудничать с врачом, выполняют если не все, то некоторые из рекомендаций, меняют свою позицию на более ответственную. Третий и четвертый этапы могут выполняться как индивидуально, так и в группе.

5. Этап проведения мероприятий по дезактуализации влечения к алкоголю. Выполняется после того, как алкоголезависимый изъявляет желание отказаться от алкоголя полностью. Представляет собой те или иные ритуальные действия для оформления новой трезвеннической доминанты взамен алкогольной доминанты. Психолог может использовать релаксационный тренинг, рекомендовать те или иные приемы психической саморегуляции. Успех зависит от выраженности установки на трезвость. В случае формальной установки на трезвость и при попытках уклониться от наращивания объема помощи в случае рецидива родные и близкие применяют санкции по отношению к пороку по нарастающей, до получения согласия пациента на наращивание объема уже медицинской помощи ему. При таком подходе у пациента формируется понимание неприемлемости употребления спиртного, трагичности своего пристрастия к алкоголю, осознание кризиса и искренне выраженная готовность лечиться и жить трезво. Повторно оказанная помощь в нарастающем объеме в итоге дает требуемый результат – трезвость.

Таким образом, описанный метод дает врачу и психологу инструменты: а) для выявления лиц с проблемным отношением к алкоголю на ранней стадии развития их зависимости; б) получения согласия клиента на контакт с врачом или психологом; в) преодоления алкогольной анозогнозии и аналогичного комплекса у созависимых; г) коррек-

ции созависимости интервентным информационным вмешательством; д) открытия возможности успешной работы с лицами, уклоняющимися от специального противоалкогольного лечения.

▸ *Зайцев С.Н.* Совершенствование методов лечения алкоголизма без желания пациента. Н. Новгород: издво НГМА, 2007. С. 35–41, 59–93, 131–134; *Он же.* Новый способ преодоления алкогольной анозогнозии приемами рациональной психотерапии // Психотерапия. 2007. № 8. С. 19–22

С.Н. Зайцев

Профилактика групповая и индивидуальная нарушений общения — находит в последние годы все более широкое применение в самых различных формах внебольничной помощи: группы социально-психологического тренинга, деловые и организационно-управленческие игры, клубы, группы и вечера общения, семейная психотерапия, игровая психологическая коррекция общения «проблемных» дошкольников и школьников, психологические консультации, телефон доверия и др. Все эти формы деятельности ставят задачу воспитывающего и духовно развивающего общения через формирование и развитие навыков диалогического открытого, аутентичного и адекватного ситуации общения, а также коррекции стихийно сложившихся неэффективных и неадекватных способов и форм общения.

В групповой психопрофилактической работе используются самые разные виды деятельности, такие как групповые дискуссии, ролевые игры, тренинг сенситивности и эмоциональной децентрации, групповое художественное творчество, драматизация, библиотерапия (обсуждение образов и обобщений из литературных произведений), психогимнастические невербальные упражнения, элементы релаксации, рисунок, пантомима, схемы (например, симпатий — антипатий), широко используются ассоциации, образы, метафоры, музыка, танцы-импровизации и другие методы групповой арт-терапии.

В результате социопсихологического тренинга у участников группы формируется активная установка на гуманное отношение к окружающим, которая становится основой самовоспитания в деле достижения адекватной социальной адаптации и важнейшим фактором профилактики межличностных конфликтов (семейных, производственных, школьных и др.), а также профилактики невротических конфликтов личности, повышения резистентности к неудачам и трудностям, формирования готовности и обеспечения успешности школьного обучения, которые зависят не только от сформированности познавательных умений, но и от овладения навыками общения.

В целом повышается коммуникативная компетентность участников (одновременно Я-компетентность и ситуационная компетентность), формируются навыки социальной перцепции и «резонанс состояний» (Карпова Н.Л., 1997). Происходит освобождение от жесткой Я-концепции, мешающей внутренним перестройкам в межличностных контактах, сближение Я-концепции, т. е. представления субъекта о себе, с Ты-концепцией взаимодействующих с данным субъектом, повышение его культуры саморегуляции во взаимодействиях.

Можно вычленить три компонента эффекта социально-психологического тренинга: когнитивный (знания об общении, о себе и других), поведенческий (развитие коммуникативных навыков в решении своих проблем) и эмоциональный (самопринятие и стремление к саморазвитию). Соответственно, возможны различные преимущественные ориентации групповой работы.

Задачи «воспитывающего общения» актуальны, но недостаточны в терапевтических группах различных контингентов больных, т. к. добавляются задачи «лечебного перевоспитания» (Мясищев В.Н., 1998), т. е. преодоления с помощью групповой деятельности специфических дефектов психических функций и личности больных, в значительной степени обусловленных нарушениями общения (Глозман Ж.М., 2002).

Нарушенное общение лечится организацией полноценного диалогичного межличностного общения. Результаты работы Ю.Б. Некрасовой и ее ученицы Н.Л. Карповой (1997) по восстановлению речи у больных заиканием объясняются с психологической точки зрения полной раскрытостью терапевта, влиянием не слова, а смысла, иррадиацией коммуникативного состояния, приглашением к диалогу. В результате происходит трансформация смысловых структур пациента под влиянием смысловых структур терапевта, что приводит к раскрепощению собственных ресурсов больного, к формированию его личностной и коммуникативной полноценности.

В процессе группового взаимодействия меняется самосознание больных, их представления о себе как субъекте общения путем осознания в первую очередь невербальных характеристик взаимодействия и постепенного создания и уточнения коммуникативного портрета каждого члена группы. Это способствует у больных с афазией и логоневрозом преодолению «коммуникативного эгоцентризма», фиксации на речевом дефекте, ощущения исключительности своих переживаний, а также увеличивает социально-перцептивную компетентность участников общения.

Групповое общение приобретает терапевтическую функцию не только в силу специфики речевой и неречевой деятельности членов группы, но и благодаря действию в группе ряда особенностей и механизмов, присущих малой социальной группе людей, «надындивидуальных» явлений, свойственных некоторой совокупности лиц как целому. Именно благодаря терапевтической функции группового общения малая социальная группа больных общепринято называется в литературе малой терапевтической группой. Она является одновременно объектом и инструментом терапевтического воздействия. Малая терапевтическая группа обладает всеми основными отличительными признаками малой социальной группы: включенность в более широкий социальный контекст, определяющий возможность возникновения и смысл существования группы; наличие у всех членов группы значимой причины и потребности сообща находиться в ней; общность участи и переживаний; кооперативная взаимозависимость и комплиментарность участников группового взаимодействия, стойкие общие интересы и достаточно стабильные эмоциональные отношения; относительно регулярные и продолжительные контакты на минимальной дистанции; общие нормы и правила внутригруппового поведения; наличие органа планирования, координации и контроля групповой жизнедеятельности в лице психолога, ведущего группу; самокатегоризация больных в качестве членов группы — чувство «мы»; признание группы ее социальным окружением.

Важнейшей задачей малой терапевтической группы является формирование мотивационной включенности и вовлеченности в процесс групповой деятельности и интрагенной, приносящей внутреннее удовлетворение, активности больного по реализации мотива реабилитации. Реабилитация как ведущий смыслообразующий мотив деятельности каждого больного приобретает новое качество в групповых занятиях, становясь групповым смыслообразующим мотивом. Под действием этого группового мотива, общих целей, средств и условий деятельности первоначально номинальная общность некогда посторонних людей превращается в реальную психологическую общность.

Взаимодействие членов группы направлено прежде всего на реализацию этого группового смыслообразующего мотива, поэтому формируется специфическое «лечебное поведение», а все случаи отвлечения больных, отступления от темы занятия, от активной групповой деятельности, как правило, тут же пресекаются другими членами группы. Группа становится, таким образом, «коллективным терапевтом».

Наряду с ведущим смыслообразующим мотивом, общим для всех членов группы, в малой терапевтической группе действует ряд мотивов-стимулов (по А.Н. Леонтьеву), играющих роль дополнительных побуждающих факторов для коммуникации, таких как мотив взаимопомощи, мотив соперничества, связанный со стремлением к самоутверждению, и др. (Глозман Ж.М., 2002).

Результатом групповой реабилитации (при правильной ее организации, использовании адекватных методов, тем и материала занятий, соблюдении дидактических принципов и благоприятном (комфортном) социально-психологическом климате в малой терапевтической группе) является уменьшение феномена страха речи, страха перед другими и перед собой и повышение возможностей дальнейшего самоопределения больных в семейно-бытовой сфере. Именно в этом смысле можно говорить о малой терапевтической группе как переходном этапе для развития возможностей общения и социореадаптации больного в более широкой социальной среде.

Общение в психотерапевтических группах благотворно влияет на изменения личности не только у больных с нарушениями операциональных возможностей коммуникации, оно оказывает отчетливый положительный эффект и при нарушениях мотивационного звена коммуникации, например: трансформация в ходе групповой реабилитации

позиций личности у онкологических больных; преодоление анозогнозии и неадекватных защитных механизмов (нежелание признать себя больным, отказ от лечения) и перестройка иерархии мотивов и способов их реализации у больных алкоголизмом; восстановление общения у больных шизофренией и у детей с ранним детским аутизмом путем эмоциональной стимуляции, выработки и тренировки адекватных стереотипов поведения и воспроизведения эмоций в условиях группового взаимодействия, а также создания из больных и их семей психотерапевтического сообщества.

Взаимодействие, общение приобретают, таким образом, терапевтический потенциал, а реабилитация становится пограничной областью между психологией, педагогикой и медициной.

▸ *Андреева Г.М.* Социальная психология. М., 1980; *Глозман Ж.М.* Общение и здоровье личности. М.: Академия, 2002; *Карпова Н.Л.* Основы личностно-направленной логопсихотерапии. М., 1997; *Леонтьев А.А.* Психология общения. М.: Смысл, 1997; *Мясищев В.Н.* Психология отношений. М.; Воронеж: МОДЭК, 1998

Ж.М. Глозман

Профилактика заболеваний (diseases prevention) — система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение факторов риска развития отклонений в состоянии здоровья, на предотвращение заболеваний или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения, классифицируется как медицинская П. (МП). МП по отношению к населению может быть (оптимальным является сочетание этих стратегий): а) индивидуальной — профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами (профилактическое консультирование, гигиеническое обучение и воспитание); б) групповой — профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы); в) популяционной (массовой) — профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом. Популяционный уровень П., как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями — это коммунальные программы П. или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и П. заболеваний. Для реализации программы П. необходимо проводить прогнозирование вероятности заболевания и оценку программ и помнить о возможности парадокса П.

Если «меры профилактики (prophylaxis)» направлены на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий, в том числе инвалидности, на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, то «действия профилактики (prevention)» направлены на ликвидацию, элиминацию или снижение влияния болезни или инвалидности или, если вышеперечисленное неосуществимо, замедление развития заболевания или нетрудоспособности.

Понятие П. лучше определять в контексте уровней, традиционно называемых первичной, вторичной и третичной П. Четвертый уровень, примордиальная П., был добавлен позже. В эпидемиологических терминах примордиальная П. направлена на установление и поддержание условий, снижающих опасности для здоровья. Первичная П. направлена на снижение инцидентности болезней; вторичная П. — на снижение превалентности болезней через сокращение их длительности; третичная П. — на сокращение числа и (или) выраженности осложнений. Примордиальная П. включает меры, препятствующие возникновению и установлению экологических, экономических, социальных и поведенческих условий, культурных норм и т. д., способствующих увеличению риска заболевания; является задачей «политики общественного здоровья» и «продвижения здоровья».

П. первичная (primary prevention) — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов. Включает в себя различные компоненты:

- Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, струк-

туры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга.

- Формирование здорового образа жизни, в том числе: создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии на здоровье всех негативных факторов и возможностях уменьшения этого влияния; санитарно-гигиеническое воспитание; снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, П. потребления наркотиков и наркотических средств; привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.
- Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, дорожно-транспортного травматизма, инвалидизации и смертности (исключая естественную).
- Выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения факторов риска. Виды осмотров: а) при приеме на работу или поступлении в учебное заведение; б) при приписке и призыве на воинскую службу; в) для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов либо с повышенной опасностью для окружающих; г) для раннего выявления социально значимых заболеваний, таких как онкологические, сердечно-сосудистые, туберкулез и др.; д) так называемые осмотры декретированного контингента (работников общественного питания, торговли, детских учреждений и т. д.) с целью предупреждения распространения ряда заболеваний.
- Проведение иммунопрофилактики различных групп населения.
- Оздоровление лиц и контингентов.

П. вторичная (secondary prevention) – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременную смертность. Включает в себя:

- Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний.
- Проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний, для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий.
- Проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения.
- Проведение медико-психологической адаптации к изменившейся ситуации в состоянии здоровья, формирование адекватного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма.
- Проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например, производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений, создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями и т. д.).

П. третичная – меры, направленные на снижение влияния длительного заболевания и инвалидности, устранение или смягчение нарушений, инвалидности или социальной недостаточности; об-

легчение страданий и увеличение потенциальных лет полноценной жизни. Это задача реабилитации.

П. примордиальная (primordial prevention) – термин пропагандируется некоторыми авторами применительно к устранению факторов риска, предвестников, к генетическому консультированию с целью избежать появления генетически обусловленных заболеваний и т. д. в отличие от первичной П., которая нацелена на снижение экспозиции. Различие между примордиальной и первичной П. весьма нечеткое, и многие специалисты полагают первый термин ненужным добавлением к профессиональному словарю.

Медицинская профилактическая услуга (preventive health service) – мероприятие или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость и направленных на П. заболеваний, их своевременную диагностику и оздоровление.

Термин «программа» имеет несколько определений, которые отражают разные виды деятельности. «Программа» – определение деятельности, объединенной по целевому, административному, временному, территориальному или иному принципу ее характеристик, объема, методов, сроков и исполнителей. «Программа» (program): 1) официальный комплекс мероприятий (например, программа борьбы с малярией, программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний); 2) упорядоченный список инструкций, управляющий компьютером для выполнения желаемой последовательности операций; целью обычно является решение проблемы.

Профилактики парадокс (prevention paradox) – профилактические действия, приносящие большую пользу обществу, могут приносить мало пользы для отдельных лиц, принимающих в них активное участие (Rose G.A., 1992). Например, для предупреждения одной смерти при автомобильной аварии сотни людей должны пристегиваться ремнями безопасности. Многие люди должны воздерживаться от курения или бросить курить для снижения смертности от рака легких; и только немногие, кто был подвержен действию табака, преждевременно умирают от заболевания, связанного с курением (Rose G.A., 1992).

Эффективность профилактической деятельности (preventive activites efficiency) – отношение затрат на оказание профилактических медицинских услуг к полученному результату, определяющемуся положительным медицинским, социальным и экономическим балансом.

▸ Терминология по общественному здоровью и здравоохранению (4-я ред.) / Под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН. Москва, 2008. С. 28; Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 15–17, 20; Эпидемиологический словарь / Под ред. Джона М. Ласта для международной эпидемиологической ассоциации. 4-е изд. М., 2009. С. 188, 189; *Rose G.A.* The Strategy of Preventive Medicine. Oxford, England: Oxford Medical Publications, 1992

Л.Е. Сырцова, Ю.Е. Абросимова, В.А. Семикопенко

Процедура мисатрибуции (лат. missio – посылать, attributum – неотъемлемость, принадлежность) – терапевтическая техника, с помощью которой клиентов обучают относить причины своих проблем за счет других факторов, чтобы уменьшить самообвинение и беспокойство.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психагогика (греч. psychagogia – привлечение души, убеждение) – метод лечебного обучения, воспитания и перевоспитания клиента. Один из методов рациональной терапии. Основная идея П. – обращение к разуму пациента, переубеждение доводами. П. использует способы, приемы лечебно-воспитательной работы с пациентом, не основанные на внушении (хотя и не исключающие его) и проводимые в состоянии бодрствования (Bilikiewicz T., 1976).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Психоделики (греч. psyche – душа и delikia – иллюзия; синоним: галлюциногены) – вещества, вызывающие психоделические состояния. К П. относятся диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД25), диметил-триптамин (ДРТ), буфотенин, мескалин, псилоцибин, а также близкие к ним психоактивные

вещества конопли (каннабиноиды) и некоторые синтетические препараты (сернил, дитран и т. д.). Предположительно, П. считаются замещающими антагонистами нейромедиаторов – проводников возбуждения в нервной системе. Воздействие П. способно изменить личность, глубоко перестроить иерархию ее мотивов и ценностей. Бесконтрольное применение П. вне специальных условий клиники приводит к тяжелым последствиям и несчастным случаям. Препараты этой группы имеет право назначать только врач, который несет за свои назначения ответственность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.А. Елисеев

Психолиз – форма имажинативной психотерапии, разработанная в 1954 г. Р.А. Сандисоном (Sandison R.A.) и предполагающая использование галлюциногенных средств, таких как ЛСД, псилоцибин, мескалин. Перед погружением в наркотическое состояние проводится психоаналитически структурированное обсуждение травмирующих переживаний пациента, в результате которого формулируются основные сценарии работы с личностно связанными образами. Затем, уже на стадии продуцирования галлюциногенных образов, пациент, который остается в состоянии ясного сознания и может контактировать с терапевтом, старается эти сценарии реализовать и тем самым переработать психотравмирующие переживания. При этом может использоваться метод свободных ассоциаций, поток которых контролирует терапевт, направляя их в нужное русло. Наиболее успешны были применения данного метода при хронических неврозах, фобиях, сексуальных извращениях, алкогольных и психотически пограничных состояниях.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Психосинтез – метод психотерапии, опирающийся на теорию, разработанную итальянским психологом Р. Ассаджиоли. Теория П., в свою очередь опираясь на идеи и работы П. Жане, З. Фрейда, К. Юнга, Э. Кречмера и др., представляет собой динамическую концепцию психической жизни человека (непрерывное взаимодействие и борьба множества разных, в том числе противодействующих, сил с объединяющим центром, который постоянно пытается управлять ими, согласовывать между собой и использовать). Познавая свой внутренний мир, человек может стать хозяином своей жизни, развить свои способности, обнаружить свою истинную духовную природу. Концепцию Ассаджиоли можно представить в виде следующей модели: 1) в низшее бессознательное входят простейшие формы психической жизни, управляющие жизнью тела: основные влечения, примитивные побуждения, «комплексы», образы кошмарных сновидений и фантазий, низшие неконтролируемые парапсихические процессы, фобии, мании и т. п.; 2) среднее бессознательное представлено элементами, сходными с психическими элементами бодрствующего сознания и свободно в него проникающими; здесь происходит усвоение полученного опыта, здесь же зарождаются плоды повседневной деятельности нашего ума и воображения, которые позднее проявятся в свете сознания; 3) высшее бессознательное, или сверхсознательное, представляет собой область, откуда человеку являются высшие формы интуиции и вдохновения, высшие чувства (например, альтруистическая любовь), здесь же таятся высшие парапсихические функции и духовные энергии; 4) поле сознания очерчивает непосредственно сознаваемую часть личности: непрерывный поток ощущений, образов, мыслей, чувств, желаний, влечений, доступных самонаблюдению, анализу и оценке; 5) сознательное «Я» представляет собой точку чистого самосознания, центр индивидуального сознания; это не «поток мыслей», а смысловой и содержательный стержень сознания личности; 6) высшее «Я», существующее над сознательным «Я», – истинное «Я», постоянный центр, из которого «Я» возвращается в сознание (например, после сна, обморока, наркоза и т. п.); «Я» пребывает над потоком мысли и состояниями тела и не подвержено их влиянию; оно является синтезирующим центром, к которому должно стремиться личное, сознательное «Я», являющееся отражением «Я», «проекцией» его на поле личности; 7) коллективное бессознательное, близкое к определению, даваемому К. Юнгом; между людьми и психической средой (коллективным бессознательным) постоянно протекают процессы «психического осмоса», обеспечивая взаимное влияние.

Данная концепция структуры внутреннего мира человека включает, согласует и сводит воедино результаты различных наблюдений и экспериментов, позволяет полнее и глубже понять конфликты и проблемы индивидуальной жизни, указывает на средства их разрешения и предлагает путь освобождения от рабства неосознаваемых комплексов, иллюзий, фантазмов, внешних влияний и т. п. Задача эта в П. решается посредством глубокого познания своей личности, контролем над различными ее элементами, постижением своего истинного «Я», через выявление или создание объединяющего центра; на конечной стадии П. идет формирование или перестройка личности вокруг нового центра. В П. применяется множество методик психологического воздействия, нацеленных в первую очередь на развитие и совершенствование личности, а затем – на гармонизацию ее отношений с «Я» и все более полное объединение с ним. Эти две фазы Ассаджиоли называет «личностным» и «духовным» П.

Слово «П.» и сходные с ним выражения встречаются и у других психологов и психиатров. Так, П. Жане говорит о «ментальном синтезе», З. Фрейд – о «синтезирующей функции Эго»; однако «синтез» для них означает «восстановление состояния, предшествующего расщеплению, то есть диссоциации психических процессов в результате психологической травмы или серьезного конфликта». Юнг, Карузо, Стокер, Кречмер и др. пользуются словами «синтез», «психосинтез», «синтез существования» и «синтетическая психотерапия» в более широком смысле, подразумевая развитие целостной, гармоничной личности, в том числе не только ее сознательной, но и бессознательной части. Р. Ассаджиоли в понятие П. включает все идеи вышеупомянутых авторов, а сама его концепция является более определенной и технологичной; при ее разработке он опирался на данные психосоматической медицины, психологии религии, исследования надсознательного и его проявлений в форме интуиции и озарения, гениальности, творческой деятельности (работы П.Д. Успенского, У. Холла, А. Маслоу и др.). Его внимание привлекли также работы по парапсихологии, начало которым положили исследования «подпорогового Я» (исследования «внечувственного» восприятия, телепатии, телекинеза; обобщение материалов о «жизни после смерти», др.). В своем подходе Ассаджиоли опирался и на восточную психологию, особенно на древние и современные индийские учения, а также на холистический подход к человеку и психологию личности. Для построения концепции П. Ассаджиоли привлекал данные социальной психологии и психиатрии, а также антропологического изучения человека, включавшего в себя различные независимые направления; в этой связи можно указать на работы Г. Салливана, его «межличностную теорию психиатрии», К. Левина и исследователей групповой динамики из Мичиганского университета, работы П. Сорокина об альтруистической любви, антропологический подход М. Мид и ее этнографические исследования детства («Преемственность в эволюции культуры») и т. д.

Технологические разработки концепции П. опирались на так называемые активные методы лечения и развития личности, к которым были отнесены гипноз, внушение и самовнушение, применявшиеся представителями двух Нансийских школ (Льебо А., Бернгейм И., Куэ Э., Болдуин Д.), аутогенная тренировка И. Шульца, «пробужденный сон» Р. Дезуаля, рациональный подход Х. Эллиса и Р. Харпера, медитативный метод К. Хаппиха, психодрама Дж. Морено и другие формы групповой психотерапии. Использовались методы развития отдельных психических функций: памяти, мышления, воображения, воли. В зависимости от области и цели применения П. может служить: 1) методом психического развития и самопостижения для тех, кто не хочет больше принимать пассивное участие в игре собственных психических сил и решил стать хозяином своей жизни; 2) методом лечения психических и психосоматических расстройств; 3) методом интегрального воспитания, которое служит не только развитию способностей человека, но и помогает ему обнаружить и осознать свою истинную духовную природу и построить под ее руководством гармоничную и эффективную личность. Индивидуальный П. Ассаджиоли рассматривает как частный случай более широкого принципа, всеобщего закона межиндивидного и космического синтеза.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Психостимулирующие средства – группа лекарственных средств, возбуждающих центральную нервную систему, под влиянием которых умень-

шаются утомляемость, слабость, усталость, повышается тонус клеток коры головного мозга, вследствие чего облегчается восприятие окружающего мира и переработка внешних впечатлений в представления, повышается умственная работоспособность; мысли становятся яснее и текут легче и быстрее, уменьшается число ошибок, улучшается память (Машковский М.Д. Лекарственные средства. 1984). С целью получения соответствующего эффекта с давних времен использовались кофе, какао, орехи, кола; из числа собственно лекарственных растений – аралия, заманиха, китайский лимонник, родиола, стеркулия, элеутерококк, женьшень и некоторые другие. Несомненными стимулирующими свойствами обладают витамины группы В, аскорбиновая кислота и некоторые другие.

Из числа химиотерапевтических средств широко использовались ацефен, индопан, кофеин, сиднокарб, сиднофен, фенамин, центедрин. Однако со временем выявились и отрицательные побочные действия этих препаратов. Под их воздействием оказалось возможным обострение вялотекущих психотических процессов, декомпенсация психопатических расстройств. К числу новых П. с. относится ацетиласпарагиновая кислота, однако положительные и отрицательные стороны ее действия еще не вполне ясны.

В значительно меньшей мере побочные проявления выражены при использовании ноотропов (ноотропил, пирацетам; энцефабол, пиридитол; гаммалон, аминалон; пикамилон, церутил), в основе действия которых лежит нормализация обменных процессов в ЦНС, а по своей эффективности они при более длительном приеме практически не уступают вышеназванным средствам.

Особого внимания заслуживает широко используемый в детской клинике пантогам – препарат, по своим клиническим свойствам близкий к ноотропам. Он сочетает стимулирующую активность в отношении умственной деятельности и физической работоспособности с уменьшением моторной возбудимости и обладанием противосудорожными свойствами. В связи с этим он широко используется при задержках психического развития и олигофрении, задержках развития речи, в комплексной терапии при лечении эпилепсии, психоорганических расстройств.

Лекарственные препараты имеет право назначать только врач, который несет за свои назначения ответственность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
В.Я. Гиндикин

Психотерапевтическая группа – малая целевая группа (от 3 до 30 человек), участники которой находятся между собой в непосредственном личном общении, созданном для достижения определенных психотерапевтических целей. В групповой психотерапии для достижения этих целей используются ресурсы групповой динамики.

Классификация П. г. чаще основывается на критерии их состава: учитывается степень «однородности – неоднородности» (гомогенности – гетерогенности) группы; принимаются в расчет такие параметры, как нозология, пол, возраст, образование, социокультурный уровень, личностные особенности, основные типы конфликтов и пр. В настоящее время среди психотерапевтов есть сторонники как однородных, так и неоднородных психотерапевтических групп (впрочем, полностью однородных по всем параметрам групп не бывает). Разнородность группы способствует столкновению многих способов реагирования, учит чувствовать себя безопасно в непривычной среде (среди иных людей), создает условия для конфронтации клиента, имеющего узкий диапазон поведенческих и эмоциональных стереотипов, с альтернативным поведением и реакциями; отмечаются и такие преимущества разнородных групп, как эффективное научение, быстрое формирование группового «переноса», облегчение групповой динамики; разнородные группы легче укомплектовать. В однородных группах отмечаются быстрая взаимная идентификация, ускорение инсайта, катарсис, уменьшается сопротивление, реже формируются подгруппы.

П. г. подразделяются на открытые (периодически обновляющиеся) и закрытые группы (имеющие постоянный состав участников).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Г.Л. Исурина

Психотерапевтические группы открытые и закрытые – основные формы существования психотера-

певтических групп: 1) открытые группы не имеют постоянного состава участников; по мере окончания своей работы одни клиенты уходят из группы и на их место в состав уже работающей группы включаются новые люди; 2) закрытые группы отличаются постоянным составом участников; новые члены в группу не включаются и в том случае, если из нее по какой-либо причине выбывает клиент до окончания срока функционирования группы. Вопрос о сравнительной эффективности П. г. о. и з., об их преимуществах и недостатках дискутируется.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Л. Исурина

Психотерапии народные средства — используемые в практике повседневной жизни различные виды психологической активности индивида и группы для преодоления жизненных затруднений, облегчения или устранения неблагоприятных душевных состояний, переживаний, сомнений, предвидений и др. в неинституциональных формах.

Передаваемый из поколения в поколение народный опыт кристаллизован в языковой системе (приветствия, фактическое общение, поговорки, пословицы, предания, сказки, суеверия и т. д.), в обрядовых, ритуальных действиях, народных играх, развлечениях. Анализ соответствующих практик позволяет сформулировать тезис о триаде народных психологических средств: народные психологические знания — особым образом организуемые переживания — ритуализируемые действия (Акопов Г.В.).

Часть форм существования народной психотерапии в современной жизни институализируется посредством государственной регистрации и определенного контроля (целительство, «предсказания» и др.). В условиях широкой информатизации населения (интернет-ресурсы, формы мобильной связи и пр.) формируются новые средства и способы народной психотерапии.

▸ *Акопов Г.В.* Народная культура в контексте психологии и психотерапии // Акопов Г.В. Российское сознание. Историко-психологические очерки. Самара, 1999. С. 34–42

Г.В. Акопов

Психотерапия именем — комплекс психотерапевтических мероприятий, использующих собственное имя (антропоним) в качестве ресурса для изменения самооценки, отношений человека к своему образу «Я», социальному окружению.

Личное имя человека является важным структурным элементом самосознания, который во многом определяет его ценностные ориентации (Бернс Р., Мухина В.С.). Личное имя способствует социализации индивида через выполняемые им в обществе функции. Функции имени систематизируются в соответствии с различными сферами социализации личности: а) функции универсальные, участвующие во всех сферах социализации: дифференцирующая, индивидуализирующая, идентифицирующая; б) функции, участвующие в процессах общения и деятельности: познавательная, экспрессивная, указательная, воздействия, регуляции общественных отношений; в) функции, способствующие развитию самосознания: указания на принадлежность к нации, семье, полу, религии, сословию, историческому времени, региону проживания; г) указание на возраст; д) защитная; е) пожелательная; ж) воспитательная.

Эмпирически выявлена взаимосвязь отношения к собственному имени в подростковом и юношеском возрастах с самооценкой, а также с такими личностными качествами, как общительность, доверие к окружающим, умение наладить взаимоотношения в группе, ориентировка на выполнение социальных требований, эмоциональная устойчивость, высокий уровень самоуважения, забота о своей общественной репутации (Хомутская Е.Ю.). Для каждого человека имя очень рано приобретает личностный смысл. Непринятие собственного имени может привести к внутриличностному конфликту, нарушению психологической целостности индивида, непринятию себя. Амплификация имени в процессе психологической работы — серьезный ресурс:

а) для вариативного самопринятия-самоотвержения (различные производные имени — уменьшительно-ласкательные, возвышающие, принижающие, смыслонасыщающие и т. д.) с биографическим анализом «внешней» (сторонней) и внутренней логики происхождения и социального продолжения (семья, профессия, политика, культура и т. д.);

б) психосемантического и фоносемантического корректирования и соответствующей индивидуально-личностной и социально-личностной адаптации;

в) альтернативного самоименования и соответствующего личностного конструирования (Я-концепция) в терапевтической группе и вне ее.

▸ *Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитание / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1986; *Мухина В.С.* Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Лишенные родительского попечительства: хрестоматия / Ред.-сост. В.С. Мухина. М.: Просвещение, 1991; *Хомутская Е.Ю.* Психологическое изучение отношения к имени как социальному знаку личности // Известия Самарского науч. центра РАН. Спец. вып. «Актуальные проблемы психологии». Самара: СНЦ РАН, 2006. № 4. С. 37–43

Г.В. Акопов, Е.Ю. Хомутская

Психотерапия «кататимного переживания образов» (греч. kata – вниз и thymos – чувство) – форма имажинативной психотерапии, основанная на переработке образов фантазии, всплывающих в сознании пациента, который находится в гипнотическом или наркотическом состоянии. Разработана Х. Лейнером на основе исследований Э. Кречмера и его «активного ступенчатого гипноза» (Leuner H. Lehrbuch des katatymen Bilderlebens. Bern, 1987); по его мнению, подобные образы, возникающие у пациента и имеющие вид эйдетических представлений, являются выражением потребностей, конфликтов или аффектов, образующих содержание бессознательного. На основании длительных исследований автор пришел к выводу, что образы, связанные с бессознательным, достаточно универсальны и имеют статус архетипических образов, соотносимых с экзистенциальными жизненными ситуациями. Это позволило ему дать набор стандартных образов: старец, ручей, дом, гора, лес, нора, болото, вулкан, люди и мифические персонажи. При проведении данного метода задачей терапевта является убеждение пациента в том, что по отношению к его «символам возможны иные операции»: по ходу терапии создается сценарий действий, которые пациент должен совершить в следующем сеансе по отношению к своим образам. Весь психотерапевтический цикл продолжается, как правило, 20–50 сеансов и проходит ряд стадий: диагностика проблем и конфликтов, эйдетическая проработка универсальных образов, проработка личностно значимых образов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Психотерапия коммуникационная – психотерапевтический метод, основанный на оптимизации процесса межчеловеческих коммуникаций. Исходя из положений общей теории систем, разработчики этого метода (Бейтсон Г., Ватцлавик П., Мандель А., Кратохвил С. и др.) выдвинули положение, что причиной личностного конфликта или невротического проявления служит не отдельный индивид, а его реальные взаимоотношения (прежде всего в рамках диалогического общения) с другими людьми и с различными социальными группами. В частности, анализ общения в семье может дать ключ к пониманию невротического симптома кого-то из членов этой семьи, который может выступать не просто ответом на ненормальные внутрисемейные взаимоотношения, но фактором, стабилизирующим своеобразным способом данные взаимоотношения. Целью коммуникативной психотерапии является изменение правил, по которым строится коммуникация в тех или иных социальных группах, для чего используют особые приемы снятия страха и устранения агрессии, улучшения вербальных и невербальных коммуникаций, осознание отношений, а в качестве дополнительных используются такие психотерапевтические приемы, как «парадоксальная интенция», «описание симптома», «освобождение от тревоги», «телесный контакт» и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Психотерапия «накоплением жетонов» (token-economy) – форма поведенческой психотерапии, основанная на оперантном научении и заключающаяся в том, что приемлемое поведение подкрепляется положительно, а неприемлемое – штрафуется; в качестве же средства стимулирования выступают деньги или их заместители. Клиент и терапевт подписывают специальный «контракт», в котором указывается, какое конкретно поведение должно быть подкреплено (например, занятие трудом, выполнение неинтересного для клиента задания и пр.), а какое – должно штрафоваться (ссора, невыполнение рабочего задания и пр.) и какова стоимость отдельного поведенческого акта (определяется в «жетонах», которые могут быть обменены на деньги или на определенные блага). Данный метод направлен прежде всего на оптимизацию самоконтроля, и

наибольший эффект он дает тогда, когда речь идет о пациентах со сниженным интеллектом или психопатическими нарушениями. Однако возможно его использование и в практике образования, к чему призывали создатели метода, когда контрактами регламентируются взаимоотношения преподавателя и учащихся (Azrin N.H., 1966).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Психотерапия систематической десенсибилизацией — форма поведенческой психотерапии, служащая целям снижения эмоциональной восприимчивости по отношению к определенным ситуациям. Разработана Дж. Вольпе на базе экспериментов И.П. Павлова по классическому обусловливанию. Основывается на предположении, что при фобии происходит генерализация аффекта и эмоциональное переживание страха связывается с первоначально нейтральными признаками тех ситуаций, в которых произошло зарождение страха. В силу этого формулируется психотерапевтическая цель добиться угашения условного рефлекса, в качестве которого выступает переживание страха на объективно нейтральные стимулы, связав эти стимулы с приятным подкреплением.

Процедура П. с. д. состоит из нескольких этапов. На первом этапе пациент обучается методике глубокого расслабления (при помощи гипноза, других методов). На втором этапе терапевтом и пациентом составляется так называемый лист иерархии страхов, в начале которого указывается ситуация (или предмет), вызывающая наименьший страх, в конце — наибольший, с промежуточными 8–15 ситуациями. На третьем этапе начинается собственно тренинг десенсибилизации. Пациенту, который находится в состоянии полного расслабления, предлагается мысленно воспроизвести такую ситуацию, которая вызывает у него минимальный страх, и постараться «вжиться» в нее — таким образом прорабатываются все позиции «листа иерархии страхов». Когда данный метод применяется по отношению к маленьким детям, то в качестве положительного подкрепления используют не расслабление, а, например, возможность заниматься с другими детьми, ласка взрослого, лакомства; пугающие же ситуации сценически проигрываются или предъявляются на картинках. Метод имеет наибольший эффект тогда, когда можно достаточно точно определить ту ситуацию (или предмет), в которой произошла фиксация страха (или, например, стыда).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Психотерапия хронических «токсичных» эмоций — использует разные технологии, среди которых — практика саногенного мышления (Орлов Ю.М.). Необходимость такой терапии связана с данными психосоматических исследований; например, доказано, что при страхе, гневе и озлобленности повышается артериальное давление, а хроническое эмоциональное перенапряжение может приводить к стойкой гипертонии. Г.Ю. Айзенк в лекции (которую он прочел в 1993 г. в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова) рассказывал о результатах своих лонгитюдных исследований: человек, склонный к ишемической болезни сердца, чувствителен к стрессовым ситуациям, обычно реагирует на них вспышками ярости, агрессии. К «токсичным» эмоциям (которые, как доказано, оказывают негативное воздействие на организм того, кто их хронически испытывает или склонен к сильным их проявлениям) кроме гнева относят также обиду, вину, страх и др. В настоящее время активно разрабатывают технологии психологической работы с этими эмоциональными проявлениями.

▸ *Орлов Ю.М.* Саногенное мышление. М., 1991; *Он же.* Исцеление философией. М., 1997

Н.Д. Творогова

Психотропные средства (греч. psyche — душа и tropos — поворот, направление) — фармакологические препараты и природные продукты, обладающие избирательной активностью по отношению к нормальной и нарушенной психической деятельности человека. П. с. используются в клинической практике для лечения нервно-психических расстройств, купирования бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения, нарушений памяти, депрессий и т. д. Существуют различные классификации П. с., исходящие из принципов их химического строения, фармакологической динамики, клинического эффекта и пр. Наиболее распростра-

нено деление П. с. на: 1) психолептики — вещества, подавляюще и успокаивающе воздействующие на центральную нервную систему (аминазин, галоперидол, седуксен и др.); 2) психоаналептики — стимуляторы активности, настроения и работоспособности (фенамин, кофеин, сиднокарб и др.); 3) психодизлептики — вещества, дезорганизующие деятельность мозга (диэтиламид лизергиновой кислоты, бенактизин и др.).

В последнее время возникла необходимость использовать П. с. для коррекции психического состояния человека в экстремальных условиях его деятельности (сильное эмоциональное напряжение, переутомление, необходимость адаптации к чрезвычайным экологическим ситуациям и т. п.). В этой связи появляются новые классы П. с., весьма дифференцированно воздействующие на психические функции и поведение человека, его память и работоспособность (нейропептиды, ноотропы, психоэнергизаторы и др.).

Фармакологические препараты этой группы имеет право назначать только врач, который несет за свои назначения ответственность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Л. Зюбан

Разрядка (напряжения) (в психоанализе) — процесс и механизм восстановления психического равновесия, обеспечивающие понижение уровня внутрипсихической напряженности через внешнее реагирование. Р. может осуществляться, например, через смех, плач, брань, жесты, движения, сновидения, невротические симптомы и другие формы выброса (сброса) психической энергии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Райхианский анализ — метод индивидуальной психоаналитически ориентированной телесной психотерапии, разработанный В. Райхом (Reich W., 1927). Райх был первым клиническим ассистентом З. Фрейда (1922), директором первого учебного семинара по психоаналитической терапии (1927), вице-директором Венской психоаналитической клиники. Теоретическую основу Р. а. составляют исследования Райха по взаимосвязи «психологии тела» и характера субъекта. Основные расхождения Р. а. с классическим психоанализом заключаются, во-первых, в представлениях Райха о природе невротических проявлений и, во-вторых, в подчеркивании им важности анализа и проработки телесной составляющей защитного поведения субъекта.

1. З. Фрейд полагал, что неврозы вызываются конфликтами между двумя антагонистически настроенными по отношению друг к другу группами инстинктов (дуальная теория инстинктов). Сначала противопоставлялись инстинкты самосохранения и сексуальные инстинкты, позднее — инстинкт жизни и инстинкт смерти. Райх отказался от дуальной теории инстинктов и основной причиной неврозов считал подавление сексуальности и отсутствие полноценного сексуального удовлетворения. По его мнению, неврозы возникают в результате застоя, блокирования сексуальной энергии. Райх утверждает, что ликвидация сексуального напряжения посредством полноценного телесного оргазма устраняет любые невротические проявления; соответственно, одной из целей Р. а. является становление у пациента генитального характера, который определяется способностью свободно и полно переживать сексуальный оргазм, «отдаваясь потоку органической энергии без всякого подавления, полностью разряжая накопленное либидо в непроизвольных, приносящих удовольствие движениях тела».

2. В классическом психоанализе под характером понимается совокупность таких устойчивых индивидуальных особенностей личности, которые являются производными определенных фаз развития либидо и Эго и позволяют соотнести индивида с одним из характерологических типов (оральный, анальный, фаллический, генитальный характеры). В отличие от ортодоксального подхода Райх в своем анализе характера акцентирует внимание на исследовании его природы и функции вместо интерпретации характерных симптомов пациента. Райх вводит понятие характерного панциря, под которым понимает все приемы, используемые Эго для защиты от инстинктного или эмоционального напряжения. Характерный панцирь (броня), по Райху, имеет не только психологическую, но и физическую составляющую («телесный панцирь»).

Практический метод Р. а. включает в себя: 1) анализ и интерпретацию вербального и невербального

материала, получаемого в ходе Р. а.; 2) анализ телесных и психических сопротивлений, блокирующих полноценное эмоциональное самовыражение; 3) анализ физических аспектов характера пациента (характерной позы, телесных привычек, стереотипных жестов и движений и т. п.) и провоцирование сдерживания эмоций путем усиления телесных стереотипов; 4) применение глубокого интенсивного дыхания для «накопления энергии в теле», «энергетизации» хронических мышечных зажимов и достижения эмоциональной и энергетической разрядки; 5) «вегето-терапевтические» методики – телесная проработка напряженных частей тела пациента, находящегося в измененном состоянии сознания, индуцированном глубоким дыханием.

По сравнению с классическим психоанализом, работающим с вербальным материалом, Р. а. начинается с анализа «телесного материала». Райхианский аналитик помогает пациентам осознать характерные проявления их телесного панциря (индивидуальные физические позы, жесты, привычные движения) и понять, как они используют их для подавления тревоги и защиты от неудовольствия. Усиление уже существующей ригидности в Р. а. необходимо для того, чтобы лучше прочувствовать телесную броню и выявить эмоции, связанные с психотравмирующими событиями раннего детства, воспоминания о которых подавляются с помощью соответствующих мышечных зажимов. Защитное поведение, по Райху, выражается не только в психологических защитах или телесной броне, но и в стесненном дыхании. Глубокое дыхание, применяемое в Р. а., помогает активизировать ранее не осознаваемые глубинные мышечные зажимы, сдерживаемые ими эмоции и вытесненные переживания и способствует тем самым усилению эффективности психоаналитической работы. Райх не обозначал состояние пациентов, вызываемое глубоким дыханием, специальным термином, однако в последующих исследованиях оно было отнесено к одному из видов измененных состояний сознания.

Р. а. дал мощный толчок развитию различных психотерапевтических направлений. Он является базовым методом для всего многообразия современных видов телесно-ориентированной психотерапии. Основные идеи Р. а. оказали сильное влияние на такие направления, как гештальт-терапия, холотропная терапия. Основатель гештальт-терапии Ф. Перлз проходил личный психоанализ у В. Райха и в дальнейшем включил многие теоретические положения и практические техники Р. а. в гештальт-терапию. Такие элементы холотропной терапии С. Грофа, как интенсивное дыхание и сфокусированная работа с телом, также восходят к Р. а.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Раппорт (фр. rapport – сообщение, отношение, связь) – тип связи и связь между людьми, характеризующиеся наличием взаимных позитивных эмоциональных отношений и определенной мерой взаимопонимания. Понятие «Р.» обычно употребляется в нескольких – широком и узком, специализированных – значениях для характеристики типа связи, которая устанавливается: 1) в любых положительных отношениях людей; 2) различных близких межличностных отношениях; 3) функциональных отношениях людей в естественных или искусственных условиях, в том числе для характеристики контакта: а) между исследователем и исследуемым; б) гипнотизирующим (гипнотизером) и гипнотизируемым; в) психоаналитиком и пациентом. Особое внимание установлению и изучению Р. уделяется в гипнозе и психоанализе, поскольку считается, что без Р. их эффективное осуществление невозможно.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Рациональная психотерапия (лат. rationalis – разумно обоснованный, греч. psyche – душа и therapeia – лечение, забота, уход) – метод и методики психотерапии, использующие логическое убеждение как основное средство воздействия на мир представлений пациента. Создатель Р. п., швейцарский врач П. Дюбуа, считал терапевтически эффективным и необходимым аргументированное, логическое воздействие на пациента для вскрытия и демонстрации больному ошибок в его рассуждениях, связанных с неправильной оценкой его состояния. В настоящее время Р. п. и ее элементы широко применяются для коррекции представлений человека относительно природы, степени и последствий его заболевания.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.И. Овчаренко

Рационального речевого воздействия формы – применяются в психотерапии, адресуются к сознательным компонентам психики клиентов. Выделяются следующие Р. р. в. ф.:

1. Разъяснение. Терапевту часто приходится что-то разъяснять клиенту, формулировать предписания, инструкции. Для этого необходимо использовать точные, спокойные, простые и ясные слова и выражения.

2. Убеждение. В тех случаях, когда клиента нужно в чем-то убедить, ввести в его сознание некие идеи, терапевт применяет особую речь. Она может отличаться выраженной энергичностью, силой, интенсивностью, специально отобранной и выверенной лексикой, которая в этом случае может быть достаточно жесткой. Убеждать надо кратко, четко и конкретно. Чтобы быть убедительным, терапевту необходима убежденность, абсолютная вера в свои слова.

3. Цитирование. Умение использовать опыт мудрецов помогает не только осознанию качеств собственного актуального мышления, но и создает условия для повышения уровня обобщений, служит источником развития самосознания.

4. Интерпретирование. Это фактически пересказ каких-либо содержаний своими словами. Терапевту часто необходимо пересказать то, что ему сказал клиент, но своими словами, дав свое видение и свою точку зрения. Интерпретирование всегда предполагает сообщение точки зрения терапевта по поводу высказывания клиента. Интерпретирование может быть представлено как в виде словесных формул, так и с помощью метафор и образов.

5. Отражение. Речевое отражение отличается от интерпретирования тем, что терапевт осуществляет речевое высказывание с точки зрения клиента, на его языке, дословно повторяя именно то, что говорит клиент, не вводя никакой собственной интерпретации.

6. Вопросительная речь. Терапевт должен обладать искусством задавания вопросов, используя вопросы прямые («Что ты сейчас чувствуешь?»), косвенные («Когда люди рассказывают о себе, им бывает трудно?») и циркулярные («Когда мама пришла домой, а ты не захотела с ней разговаривать, потому что была обижена на брата, что чувствовала бабушка?»).

Кроме повествования и вопросов в терапии используются такие жанры, как поэтическая речь. Терапевт также должен владеть такими фольклорными жанрами, как басня, сказка, пословица, поговорка, анекдот. Мягкое осмеяние симптома или проблемы, а также использование языка парадокса могут понизить их субъективную значимость, что само по себе уже создает основу для грядущих перемен. Высшей способностью терапевта является использование языка притч – это выводит его речь на более возвышенный уровень, делает его работу гораздо более эффективной.

▸ *Спиваковская А.С., Мхитарян А. В.* 9 × 12. Диалоги о беатотерапии. М., 2009; *Спиваковская А.С.* Психотерапия: игра, детство, семья. М., 1999; *Она же.* Некоторые аспекты беатотерапии // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2004. № 4

А.С. Спиваковская

Рационально-эмотивная терапия (лат. rationalis – разумный, emovere – волновать и греч. therapeia – лечение) – форма когнитивной психотерапии, разработанная А. Эллисом (Ellis A. ReasonandEm otioninPsychotherapy. N.Y., 1962) и основанная на устранении иррациональных суждений пациента, страдающего неврозом. В качестве философской установки в данном методе было реализовано положение об ответственности самого человека за свою судьбу (Рассел Б.), а как теоретическое обоснование была предложена модель «опосредствования» (так называемая «ABC-теория»), в соответствии с которой определенное негативное качество эмоций (фрустрация, разочарование) или поведения (C) пробуждается к жизни не непосредственно каким-либо событием (A), а лишь опосредствованно, через систему интерпретаций или верований (B). Целью психотерапевтической работы в соответствии с этим ставилось обнаружение и устранение системы патогенетических интерпретаций, приводящих к нарушению эмоциональных и поведенческих реакций. Было описано около десяти наиболее существенных иррациональных суждений, при помощи которых пациент может описывать окружающий его мир и самого себя и постоянное воспроизведение которых (в виде «порочного круга») приводит к тем или иным нарушениям. С помощью логических рассуждений и убеждений пациент должен осознать систему своих оценок мира и себя в нем, устранить в них иррациональный компонент и, обратившись к принципу реальности, приобрести

новый опыт, основанный на открытости по отношению к другим, к своей индивидуальности и творческим потенциям.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Реабилитация (фр. rehabilitation, лат. re – вновь и habilis – удобный, приспособленный) – а) в медицине – комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов («Медицинская энциклопедия», 1995); б) комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки и переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности (Комитет экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации, 1970); в) комплекс мероприятий лечебного, физического, психологического, социального, профессионального и педагогического характера, направленных на возможно достижимое для данного индивидуума восстановление здоровья, физического, психологического и социального (включая трудоспособность) статусов, утраченных в результате заболевания или травмы («Энциклопедический словарь медицинских терминов», 1984); г) комплекс мероприятий, направленный на восстановление уровня деятельности больного, имевшего место до эпизода заболевания (с физической, психологической, социальной и экономической точки зрения), и на предотвращение развития болезни.

Р. опирается на сохранные ресурсы человека – условия и личностные характеристики, которые используются для достижения целей; выступают посредниками в процессе преодоления стресса.

▸ *Ибатов А.Д., Пушкина С.В.* Основы реабилитологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; *Каган В.Е.* Практическая психология для психологов и врачей: обучающий тестовый контроль. М.: Смысл; Академический Проект, 1999

Н.Д. Творогова

Ребефинг (англ. rebirthing – второе рождение) – дыхательная методика психологической коррекции, самоисследования и духовной трансформации, разработанная Л. Орром и С. Рэй (Orr L., Ray S., 1977). Психотехнология Р. заключается в применении интенсивного дыхания для индуцирования измененных состояний сознания и внутренней работы с аффирмациями (утверждениями).

К другим направлениям психотерапии, использующим погружение в измененные состояния, относятся: райхианский анализ, биоэнергетический метод, холотропная терапия, интерактивная психотерапия, нейролингвистическое программирование, недирективный гипноз М. Эриксона, сенсомоторный психосинтез и др. Основной элемент Р. – связное дыхание – представляет собой глубокое частое дыхание без пауз между вдохом и выдохом. При этом вдох должен быть активным, произведенным с мышечным усилием, а выдох, напротив, пассивным, расслабленным. Следует заметить, что впервые использование глубокого интенсивного дыхания было предложено В. Райхом (1927) в разработанном им анализе (райхианском); значительное количество психотехнических элементов в методике Р. заимствовано из вегетотерапевтических методик райхианского анализа. Второй элемент Р. – работа с аффирмациями, которая представляет собой процесс выявления проблемной ситуации, ее рационального рассмотрения, всестороннего анализа и перевода проблемы из отрицательного контекста в позитивный путем многочисленных повторений аффирмации в различной форме.

Первоначально Р. применялся для устранения отрицательных последствий родовой травмы; основная идея в том, что в измененном состоянии сознания, индуцированном интенсивным дыханием, пациенты повторно проживают различные травмирующие аспекты памяти биологического рождения, испытывают сильные телесные и душевные страдания, переживают ощущения умирания и смерти; в результате достигают экстатического состояния, субъективно интерпретируемого как второе рождение и характеризующегося полным расслаблением, умиротворением, ощущениями любви и единения с миром. Позднее сфера применения Р. расширилась, и он стал использоваться для активизации различных травматических областей индивидуального бессознательного, повторного переживания эмоционально интенсивных событий

биографического характера, являющихся причиной стрессовых состояний, актуальных психологических проблем и всевозможных психосоматических заболеваний. При этом основная задача Р. осталась прежней: используя специальные дыхательные приемы, дать возможность проявиться в сознании и теле ранее вытесненному негативному опыту, пережить его заново и, изменив к нему отношение, интегрировать лежащий в его основе бессознательный материал.

На базе Р. возникли его многочисленные модификации, основной из которых является вайвэйшн (Leonard J., Laut Ph., 1988). Техники типа Р. являются важными методами самопознания, исследования скрытых возможностей, открытия новых внутренних перспектив развития. Однако в отношении Р. и его модификаций остаются спорные вопросы. Например, сомнение вызывает психотерапевтическая ценность поощрения и культивирования экстатических переживаний (ощущений «океанического блаженства», «слияния с Космосом», «единения с Богом» и т. д.), которые в рамках этих методик являются одним из критериев достижения интеграции (см. например, четвертый элемент вайвэйшн – «интеграция в экстаз»). При такой «экстатической» направленности, характерной также и для холотропной терапии, актуализация внутреннего опыта в измененных состояниях сознания происходит в значительной степени в соответствии с принципом удовольствия (З. Фрейд), что может приводить к избеганию драматических переживаний (неудовольствия) и снятию психического напряжения путем галлюцинаторного исполнения желаний. В этом случае сопротивление сознательного «Я» встрече с проблемной областью бессознательного приведет в измененных состояниях сознания к порождению «удовлетворяющих», значимых образов, которые могут восприниматься субъектом как элементы объективной реальности и способствовать достижению состояния экстаза. Стремление к экстатическим чувствам, желание с помощью них достичь быстрого «физического исцеления и духовного просветления» при недооценке действий психологических защитных механизмов может создавать всевозможные иллюзии личностного роста и снижать эффективность психотерапевтической работы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Резюмирование (в клинической психологии) – подведение итогов в процессе «понимающего слушания», широко используемого в контексте гуманистической психотерапии (клинический психолог подводит итог основным высказываниям клиента). Р. полезно, когда: а) нужно выделить главное в высказываниях «спорящих субличностей» клиента; б) беседа между терапевтом и клиентом длится долго (Р. как бы завершает одну часть разговора и перекидывает мостик к следующей); в) завершается телефонная консультация; г) терапевту нужно высказать несогласие с услышанным (Р. в этом случае предшествует возражению); д) надо помочь клиенту сформулировать свою мысль. К основным правилам Р. относятся следующие вступительные фразы: «Таким образом, главное...», «Ваша основная идея, как я понял...», «Если теперь подытожить сказанное вами...». Кроме того, Р. полезно использовать, когда из целой части разговора необходимо выделить только ее главную мысль.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Релаксация (в психологии спорта) – 1) снижение напряжения; в спорте это техника снижения нервно-мышечного напряжения спортсмена. Первоначально предложена в 30-х гг. прошлого столетия врачом Э. Джекобсоном как способствующая лечению пациентов и описана в его книге «Прогрессивная релаксация». Наличие тесной взаимосвязи между телом и психикой позволяет использовать технику Р. для эффективного снижения уровня стресса. В силу перетренированности отдельных групп мышц у спортсменов устанавливаются хронические мышечные зажимы в различных частях тела, что неблагоприятно сказывается не только непосредственно на состоянии этих мышц, но и на общем психическом состоянии спортсмена. Р. позволяет осуществлять профилактику возникновения таких зажимов (Ильин Е.П., 2009; Леонова А.Б., Кузнецова А.С., 2007);

2) состояние покоя, расслабленности, возникающее вследствие снятия напряжения после сильных эмоциональных переживаний или физических усилий; характеризуется полным или частичным мышечным расслаблением. Разделяют долговременную и кратковременную, непроизвольную

и произвольную Р. Примером непроизвольной Р. является расслабленность при отходе ко сну. Долговременная непроизвольная Р. наблюдается, как правило, во время сна или под воздействием определенных веществ (например, седативных препаратов). Произвольная кратковременная Р. достигается в ходе освоения специальных техник обучения расслаблению.

Наиболее известной и часто применяемой в спорте техникой расслабления является нервно-мышечная релаксация Э. Джекобсона, в ходе которой расслабление начинается с одной группы мышц (мышцы конечностей – рук и ног), затем к ней присоединяется другая, в то время как первая уже расслаблена, и так продолжается до тех пор (постепенно продвигаясь к центру – голове и туловищу), пока не достигается полная расслабленность тела (отсюда название техники – прогрессивная Р.). Прогрессивная Р. Э. Джекобсона используется также в рамках работы в русле бихевиоральной терапии, помогая избавиться от напряжения. Психолог использует расслабленное состояние спортсмена для предъявления ему стимулов в порядке их возрастающей степени вызывания реакции тревоги. Так, на первых этапах психолог просит спортсмена в состоянии Р. представлять разные сцены, имеющие низкую оценку по шкале тревоги. Постепенно низкие по шкале тревоги сцены перестают вызывать тревожные переживания, а остальные ситуации снижают свою напряженность. Кроме того, психолог может использовать в работе так называемую репетицию поведения (проигрывание новых адекватных реакций взамен неадекватным), что должно побуждать спортсмена вести себя более эффективно в дальнейшем.

Еще одним вариантом техники Р., используемой в работе со спортсменами, является разработанный Г. Бенсоном метод научно обоснованной Р., или «реакция релаксации». Реакция Р. успокаивает мысли, способствует концентрации внимания и снижению мышечного напряжения. По мнению Г. Бенсона, многие спортсмены используют медитацию для психологической подготовки к соревнованиям, считая, что она улучшает способность расслабляться, концентрировать внимание, а также повышает запас энергии. Состояние, обусловленное медитацией, характеризуется повышенным чувством осознания, полной Р., спонтанностью, отсутствием усилий и фокусированным вниманием, т. е. многими из элементов, которые характеризуют пик физической активности. В этой связи метод реакции Р. Г. Бенсона использует основные элементы медитации, исключая их религиозную составляющую. Метод включает четыре элемента: а) тихое место, обеспечивающее минимальное отвлечение спортсмена; б) удобное положение – спортсмену необходимо занять положение, которое он сможет сохранить на некоторое время, например сев в удобное кресло; не рекомендуется ложиться на кровать во избежание погружения в сон; в) «психологический инструмент», являясь основным элементом реакции Р., предусматривает концентрацию внимания на какой-либо одной мысли или каком-либо одном слове, повторяющихся снова и снова, спортсмен должен выбрать слово, не вызывающее активизацию мыслительной деятельности (например, «расслабиться», «успокоиться» и т. п.), и повторять это слово каждый раз, когда он делает выдох; г) пассивное отношение предполагает необходимость не задерживать свое внимание на мыслях и образах, которые проходят через его сознание. Если какая-то мысль «задерживается», необходимо обратиться к своему слову-инструменту («психологическому инструменту»). Для достижения эффекта Г. Бенсон рекомендует заниматься реакцией Р. ежедневно по 20 минут, подчеркивая, что данный метод не подходит для использования спортсменами непосредственно перед началом соревнования.

Другим эффективным методом обучения спортсменов достижению состояния расслабления является использование технологии биологической обратной связи (БОС) – современного метода, в основе которого лежит регистрация комплекса психофизиологических параметров, отображаемых на экране компьютера в режиме реального времени и обеспечивающих таким образом обратную связь об актуальном состоянии человека здесь и сейчас. Работа с использованием БОС построена по типу серии тренингов, в результате прохождения которых спортсмены обучаются навыку самостоятельного вхождения в оптимальное функциональное состояние (или «оптимальное боевое состояние»), позволяющее подходить к выступлению на соревновании на пике своего психологического настроя. В состав любого тренинга БОС входит этап

обучения спортсмена достижению состояния Р. Работа, целиком и полностью направленная на достижение глубокой психологической Р., носит название «альфа-тренинга».

▸ *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2009; *Леонова А.Б., Кузнецова А.С.* Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007; Психология спорта: монография / Под ред. Ю.П. Зинченко, А.Г. Тоневицкого. М.: МГУ, 2011; *Benson H., Klipper M.Z.* The Relaxation Response (2nd edition). N. Y.: Harper Collins Publishers, 1975; *Jacobson E.* Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press, 1938

А.Е. Горовая

Релаксация прогрессивная (лат. progressio — возрастание и relaxation — облегчение, расслабление) — психотерапевтический метод, разработанный Э. Джекобсоном в 1922 г. и основанный на обучении пациентов произвольно расслаблять те мышцы, которые оказываются напряженными в тревожных и эмоциогенных ситуациях.

На начальных этапах освоения данного метода пациенты стараются осознать и научиться дифференцировать те ощущения, которые возникают при выборочном напряжении и расслаблении определенных видов мышц. Затем на протяжении шести основных этапов происходит тренинг расслабления — мышц рук, ног, дыхательных мышц, мышц лба, глаз, органов речи. Те приемы расслабления, которыми пациенты овладевают в спокойной обстановке, затем применяются в специально моделируемых стрессогенных ситуациях. Данный метод, достаточно эффективный сам по себе, часто используют вместе с другими (например, в рамках психотерапии систематической десенсибилизацией).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Рефрейминг (лат. re — приставка, обозначающая противоположное действие, и англ. frame — создавать, конструировать, формулировать) — понятие нейролингвистического программирования (НЛП), обозначающее особую поведенческую модель установления контакта с определенной частью личности, которая порождает одно поведение и блокирует другое. После установления такого контакта у психотерапевта появляется возможность намеренного замещения негативного или патологического симптома приемлемым другим симптомом или поведением, что устраняет «неразрешимую» ранее для человека проблему и позволяют ему более эффективно функционировать. Технология Р. была разработана Ричардом Бендлером и Джоном Гриндером в 80-х гг. XX в. в результате их тщательного и систематического наблюдения за работой Милтона Эриксона и других психотерапевтов.

Разрабатывая технологию Р., Бендлер и Гриндер опирались на ряд базовых положений, которые они вывели из своих наблюдений и психотерапевтической практики: 1) лучше иметь выбор, чем не иметь выбора; 2) существует и подсознательный выбор; 3) люди имеют ресурсы, необходимые им, чтобы измениться; задача лишь в том, чтобы помочь им овладеть соответствующими ресурсами в соответствующих ситуациях; 4) любой фрагмент поведения имеет позитивную функцию в некоторых условиях; 5) со стороны психотерапевта бессмысленно и безответственно просто менять поведение людей, не принимая в расчет очень важное понятие под названием «вторичная выгода»; 6) предъявляемый человеком поведенческий стереотип — каким бы странным или несуразным он ни казался — есть самая удачная реакция, доступная ему в данной ситуации, поскольку за поведением всегда стоит неизвестная нам подсознательная цель. С помощью технологии Р. появляется возможность выяснить, в чем заключается вторичная выгода некоего поведения, и другими средствами позаботиться о ней как о неотъемлемой части процесса порождения изменения в данной области поведения.

В реальной психотерапевтической практике выделяется несколько вариантов Р. Первым был разработанный Бендлером и Гриндером шестишаговый Р., или Р. переформирования поведения («Из лягушек в принцы. Нейролингвистическое программирование», 1992), представляющий собой модель, использующую сознательный разум человека в качестве «курьера», который отмечает внутренние реакции в ответ на запрос психотерапевта и сообщает, каковы они. План сознательного Р. включает следующие шаги: 1) определение варианта поведения (X), подлежащего изменению; 2) установление отношений с частью личности, от-

ветственной за этот способ поведения; 3) проведение различия между поведением (стереотипом X) и действительным намерением части личности, ответственной за это поведение; 4) создание новых, альтернативных вариантов поведения, соответствующих намерению; 5) формулирование вопроса части личности, ответственной за стереотип X: «Хочешь ли ты взять ответственность за использование трех новых вариантов поведения в соответствующих условиях?»; 6) экологическая проверка: «Есть ли у меня какая-либо другая часть, возражающая против трех новых вариантов?»; если имеется и ответ: «Да» – вернуться ко 2-му шагу. Шестишаговый Р. является моделью решения невротических проблем. Процедура переформирования строится на гипотезе возможного разведения в сознании пациента негативного и позитивного смысла невротического поведения.

Вариантом шестишагового Р. является семишаговый Р. («Трансформация. Нейролингвистическое программирование», 1999), в котором в качестве способа коммуникации используются идеомоторные сигналы, позволяющие посредством трансового гипноза (по М. Эриксону) напрямую вступить в контакт с чьим-либо подсознанием, не используя для этого сознательный разум в качестве посредника. При этом возможен вариант, когда психотерапевт вообще не собирается знать, над чем будет идти работа, а клиент, с которым будут работать, не собирается говорить психотерапевту, что он хочет изменить (он сам может этого не знать). Схема семишагового Р. включает следующие действия: 1) установку с подсознанием сигналов «да»/«нет»; 2) определение паттерна поведения, подлежащего изменению; 3) отделение позитивной функции от поведения; 4) создание новой альтернативы; 5) оценивание новой альтернативы; 6) выбор одной альтернативы; получение у подсознательной части личности согласия на то, что она ответственна за использование нового выбора; 7) синхронизация с будущим. Если хоть в каком-либо отношении новый выбор не работает, следует вернуться к 4-му шагу.

В настоящее время разработаны несколько вариантов Р., и число их все время увеличивается. К разновидностям Р. относятся: Р. содержания (в двух видах: Р. смысла и Р. контекста), Р. переговоров и др. В определенной мере Р. обеспечивает нахождение позитивного смысла любых событий, и этим он близок концепции позитивной психотерапии Н. Пезешкиана и поведенческой психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Ролевая игра – техника, используемая в различных психотерапевтических подходах: клиент, или психотерапевт, или оба вместе проигрывают ситуацию, являющуюся проблемной для клиента, чтобы опробовать новые стили поведения. Р. и. может использоваться в групповой психотерапии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Самоактуализация (в психотерапии) – в гуманистической психологии (Маслоу А., Роджерс К. и др.) это непрерывный процесс развития; каждый неповторим, у каждого есть свой внутренний потенциал, свой талант и стремление к его раскрытию. Поясняя эту мысль, К. Роджерс прибегал к образу бутона, который может стать прекрасным цветком.

Человеку, продвигающемуся по пути самоактуализации, присущи: а) открытость опыту, знание себя; его психика не прибегает к защитным механизмам (типа «вытеснение» и др.), т. к. если возникают негативные чувства или запретные желания, то самоактуализирующийся человек признает их наличие; б) доверие себе, уверенность в своих силах, компетентности; в) самостоятельность, ответственность за свою жизнь.

Нормально развивающийся человек – хозяин своей жизни, у него всегда есть возможность выбора. Находясь в согласии с самим собой, со своей сущностью, он искренен (отсутствие показного в поведении), не сторонится других людей, доброжелателен с ними, терпим к чужим недостаткам. Условием движения к С. является опыт межличностного общения, характеризующийся: 1) безусловным положительным отношением; 2) конгруэнтностью в общении; 3) эмпатией.

Эгоизм, стремление к превосходству, отчужденность – это защитные реакции человека, ощущающего свое неблагополучие. Неврозы, отклонения в поведении вызваны нарушением контакта со своей самостью (т. е. невозможностью раскрыть свой вну-

тренний потенциал, самоактуализироваться), утратой ощущения самоценности.

Цель гуманистической терапии — помочь человеку восстановить контакт со своей сущностью, повысить самоценность. Методом является «понимающая терапия» (иначе: клиент-центрированная терапия, техника эмпатического слушания). Задача терапевта — создать атмосферу межличностного общения, удовлетворяющую трем вышеперечисленным условиям, и поощрять клиента к свободному выражению своих чувств. Клиент, почувствовав себя свободно и ощущая доверие к терапевту, сам придет к теме, которая его волнует, и, рассказывая о своих чувствах и переживаниях, сам придет к пониманию своей проблемы и найдет путь ее решения.

▸ *Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл; Альпина нон-фикшн, 2011; *Он же.* Психология бытия. М.: Ваклер, 1997; *Он же.* Самоактуализирующиеся личности // Психология личности. Тесты. М.: МГУ, 1982

Н.Д. Творогова

Самовнушение (аутосуггестия) — процесс внушения, адресованный самому себе, при котором субъект и объект внушающего воздействия совпадают.

С. ведет к повышению уровня саморегуляции, что позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями. Произвольное С. достигается посредством вербальных (словесных) самоинструкций или мысленного воспроизведения определенных ситуаций, однозначно связанных с требуемым изменением психического или физического состояния. Эффективному произвольному С. способствуют психическая релаксация, богатое воображение. Непроизвольное С. характеризуется некритическим отношением субъекта к собственным идеям, концепциям, оценкам, отсутствием сомнений в их правильности и достоверности, снижением контролирующих функций сознания. Следствием этого иногда оказывается ригидность (отсутствие гибкости) психической деятельности. С. может проявляться в нарушениях функционирования различных систем организма в результате субъективного ожидания определенного расстройства и уверенности, что оно обязательно наступит или уже наступило. Противоположное явление наблюдается в случае плацебо-эффекта. С. может применяться в качестве метода самоуправления в психотерапии, спорте, педагогике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Петровский

Самоконтроль — процессы, посредством которых человек оказывается в состоянии управлять своим поведением в условиях противоречивого влияния социального окружения или собственных побуждений. Понятие «С.» обычно применяется к ситуациям, в которых человек пытается изменить первоначальные мотивы своего поведения (контролируемое поведение), приводящего к конфликтным или нежелательным последствиям, стремится трансформировать те переменные, от которых функционально зависит его поведение. Выделяют два вида С.: 1) поведение индивида направлено на преодоление влечения к непосредственно действующему успокоительному средству или привлекательному внутреннему или внешнему раздражению для избежания долговременных отрицательных последствий; 2) поведение направлено на то, чтобы терпеливо пережить неприятную ситуацию для достижения долговременного положительного эффекта. С. является составной частью процесса самоуправления, для ослабления напряженности в процессе которого важна поддержка извне, усиливающая положительную мотивацию в достижении цели. Важную роль играют обязательства индивида, постановка им целей, самонаблюдение и самоподкрепление. Пациент должен почувствовать себя способным к С. и ответственным за процесс перемен.

Самоусиление — терапевтическая цель, состоящая в том, чтобы дать клиенту почувствовать, что он обладает властью влиять на свою жизнь.

Самомониторинг — оценка частоты, причин и следствий конкретного вида целевого поведения.

Самопомощь — повышение контроля больного над своим заболеванием.

Методы С. нашли клиническое применение при лечении психосоматических расстройств, депрессий, панических и фобических состояний, нарушений работоспособности, никотинизма, алкоголизма и булимии. Методы С. используются для закрепления терапевтических успехов после окончания лечения. Клиента надо обучать ряду прие-

мов, которые помогают ему изменить окружение или собственное поведение в различных ситуациях.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Самопомощи группы (self-help groups) — более или менее формальные группы непрофессионалов, преследующих общую цель (изменение психических особенностей или поведения участников) ради достижения блага для каждого члена группы. Группа, состоит из лиц, объединенных общими потребностями, жизненным опытом, болезнью, ограничениями или другими проблемами. Например, в такой группе могут учиться поддерживать позитивные взаимоотношения в своей семье. С. г. функционируют либо вовсе без прикрепленного руководителя, либо их ведут любители, не имеющие профессиональной подготовки (общество анонимных алкоголиков — АА), а иногда и профессионалы, имеющие те же трудности, что и у участников группы (балинтовские группы).

С. г. исходят из принципов: а) люди, эффективно справляющиеся или справившиеся с личной проблемой, — лучшие помощники по сравнению с профессионалами, не имеющими в этом собственного опыта; б) такие люди, помогая другим, помогают и самим себе. У группы, благодаря сходному жизненному опыту, много шансов выработать общее чувство коллектива, используя для этого взаимную поддержку, которая существенно улучшает самочувствие и мотивацию каждого, помогает преодолевать свои собственные трудности. Члены группы получают шанс оказать помощь другим, что положительно сказывается на их собственном состоянии. Здесь можно получать и давать практические советы и обмениваться опытом преодоления трудностей. И все же качественный уровень групп самопомощи может быть очень разным. Терапевтические факторы С. г.: общий опыт, помощь другим, постоянная система поддержки, получение информации, обратной связи, обучение специальным методам, формирование положительного Я-образа, улучшение самопонимания, расширение воспринимаемых альтернатив, переопределение норм и др. Такая терапия используется и как важное дополнение основного лечебного процесса. С. г. существуют почти по каждой болезни (однако не заменяют профессиональной диагностики и лечения), или любой мыслимой проблеме, или жизненной ситуации.

Типы С. г. (Леви Л.): а) занимаются преимущественно контролем или реорганизацией поведения (АА, анонимные азартные игроки, анонимные родители); б) объединены общей стрессовой ситуацией (группа изнасилованных, группа выживших после суицидной попытки и др.); работа такой группы направлена на совладание с кризисной ситуацией; в) группы, состоящие из лиц, испытывающих дискриминацию в связи с их национальностью, полом, расовой принадлежностью, сексуальной ориентацией и др.; г) группы, не имеющие какой-либо общей проблемы, ее члены стремятся к самоактуализации и повышению личной эффективности.

▸ Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб., 2003; Энциклопедия психического здоровья / Г.У. Виттхен. М., 2006

Н.Д. Творогова

Саморегуляция (в психологии спорта) — 1) один из уровней регуляции активности живых систем, выражающий специфику реализующих ее психических средств отражения и моделирования действительности, в том числе рефлексии; С. реализуется в единстве своих энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов; 2) системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности, непосредственно реализующий достижение принимаемых человеком целей (Конопкин О.А., 1995). Выделяют следующую структуру процесса психической С.: а) принятая субъектом цель его произвольной активности; б) модель значимых условий деятельности; в) программа собственно исполнительских действий; г) система критериев успешности деятельности; д) информация о реально достигнутых результатах; е) оценка соответствия реальных результатов критериям успеха; ж) решение о необходимости и характере коррекций деятельности.

На сегодняшний день наиболее разработанной и общепринятой теорией С. в мировой психологии является теория Ч. Карвера и М. Шейера (Леонтьев Д.А.). Под понятием «С.» авторы имеют в виду соответствующие процессы, которые направлены

на цель, предполагают внесение субъектом корригирующих изменений, требующихся для того, чтобы оставаться на пути к цели (какой бы она ни была).

В спортивной психологии понятие «С.» используется в контексте разработки и применения методов предупреждения и коррекции неблагоприятных функциональных состояний спортсменов. В широком смысле регуляция функциональных состояний спортсменов осуществляется двумя путями: 1) предупреждением их возникновения; 2) ликвидацией уже сформировавшихся состояний. При этом используется широкий арсенал средств и методов воздействия извне или методы С. Психической С. в спорте принято считать самостоятельное, без помощи извне, управление спортсменом самим собой (Пуни А.Ц., 1973). Основой С. служит знание спортсменом самого себя (самоконтроль) и, в частности, тех психоэмоциональных изменений, которые возникают у него накануне соревнования или непосредственно во время них (Тиунова О.В., 2006); С. предполагает воздействие на самого себя с помощью слов и соответствующих им мысленных образов. В психической С. используются два вида техник: самоубеждения и самовнушения. Под самоубеждением понимается, как правило, способ воздействия на самого себя с помощью логических доводов, тогда как самовнушение предполагает беспрекословную веру, способную действовать на свое сознание в обход логики. Если самовнушение действует непосредственно на эмоциональную сферу, то самоубеждение действует на нее через разум. Методы С. разделяют также на вербальные (словесные) и невербальные (бессловесные). К вербальным методам относятся самоубеждение и самоприказ (внутренний диалог), на которые оказывают влияние механизмы интрапсихической защиты (основанные на фантазии и рационализации); к вербальным методам С. относится и идеомоторная тренировка (в ходе мысленного выполнения определенных двигательных актов или своего поведения в тех или иных обстоятельствах спортсмен как бы мысленно проговаривает задания, движения, упражнения, связки и т. п.). К невербальным методам С. принято относить различные дыхательные техники и мимические упражнения, а также техники, основанные на вызове специальных мышечных ощущений, и пр. Еще одним критерием выделения методов С. состояний спортсменов является временной отрезок спортивной деятельности, в ходе которого данные методы используются. Так, выделяют методы, используемые в период подготовки к соревнованиям, в ходе соревнований и, наконец, по завершении выступления на соревнованиях.

Основными методами саморегуляции состояний в спорте принято считать следующие: мысленная и идеомоторная тренировки; психомышечная и психорегулирующая тренировка; аутогенная тренировка и сенсорная репродукция образов; релаксация и применение специальных дыхательных упражнений; целенаправленное изменение направления и содержательной стороны мыслей; позитивный внутренний диалог; использование специально организованной разминки, произвольное переключение внимания на раздражители различного эмоционального значения; сознательное управление лицевыми мышцами и контроль звучания голоса и пр.

При выборе и применении конкретных приемов С. необходимо учитывать индивидуальные особенности того или иного спортсмена, а именно: особенности опыта его выступлений в соревнованиях, уровень его подготовленности и тренированности, личностные и другие особенности.

▸ Краткий психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского. Политиздат, 1985; *Леонтьев Д.А.* Личностный потенциал как потенциал саморегуляции // Личностный потенциал: структура и диагностика / Науч. ред. Д.А. Леонтьев. М.: Смысл, 2011. С. 107–130; *Пуни А.Ц.* Некоторые психологические вопросы готовности к соревнованиям в спорте. Избранные лекции. Л., 1973; *Тиунова О.В.* Коррекция неблагоприятных психоэмоциональных состояний в спорте. ФГОУ «Государственная школа высшего спортивного мастерства — центр подготовки сборных юношеских, юниорских и молодежных команд России». М.: РКонсульт, 2006; *Конопкин О.А.* Психическая саморегуляция произвольной активности человека // Вопросы психологии. 1995. № 1; *Carver C.* Self-regulation of Action and Affect // Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications / R. Baumeister, K.D. Vohs (Eds.). N.Y.: Guilford, 2004. P. 13–39; *Carver C., Scheier M.* Three human strengths // A psychology of human strengths: perspectives of an emerging field / L.G. Aspinwall, U.M. Staudinger (Eds.). Washington (DC): APA, 2003. P. 87–102

А.Е. Горовая

Самоэффективность (в психологии спорта) – 1) понятие из теории А. Бандуры, обозначающее, что самовосприятие своей компетенции определяет поведение субъекта; 2) внутренняя убежденность индивида в том, что он обладает необходимыми потенциальными возможностями и уровнем компетентности для выполнения рабочей задачи, реализации ролевых ожиданий или возможности успешно справиться с трудной ситуацией (Ньюстром Д.В., Дэвис К., 2000).

Проблема С. является одним из наиболее актуальных вопросов психологии спорта ввиду необходимости изучения возможностей прогнозирования успешности и повышения результативности (эффективности) спортивной деятельности. Необходимо различать понятия «С.» (восприятие, убежденность в собственной компетентности), «самоуважение» и «чувство собственного достоинства» (Майерс Д.). Так, у спортсмена может наблюдаться высокая С. в сочетании с низким самоуважением.

Впервые понятие С. было введено в психологию А. Бандурой, объединившим в разрабатываемой им теории социального научения это понятие с понятием «уверенность в себе». Поскольку результаты исследований в психологии спорта показывают, что уверенность в себе является наиболее постоянным фактором, различающим успешно и неуспешно выступающих спортсменов, то модель самоэффективности А. Бандуры используется для изучения уверенности в себе в психологии спорта. Согласно А. Бандуре, С., являясь важнейшей характеристикой личности, оказывает влияние на управление ею уровнем своей активности, на самоуправление развитием. В психологии спорта рассматриваются четыре основные источника прогноза и коррекции С. спортсмена: а) его спортивные достижения; б) викарный (косвенный) опыт (символическое моделирование и непосредственное наблюдение за выбранной моделью); в) вербальное убеждение; г) эмоциональный подъем (релаксация, символическая десенсибилизация) (Bandura A., 1977). С. становится важнейшим прогностическим фактором спортивного результата только в том случае, если спортсмен имеет адекватный уровень развития умений и навыков, а также достаточный уровень мотивации для выполнения заданий.

Теория С. А. Бандуры накладывает особые требования на процесс консультирования в спортивной психологии. Так, согласно базовым положениям теории социального научения, психолог будет являться для спортсмена одной из моделей для подражания (для викарного научения). Соответственно, в случае если у спортсмена отсутствует требуемое характером его деятельности поведение, то психолог должен найти модель такого поведения и продемонстрировать его в конкретных ситуациях. Развитие С. у спортсмена требует от него постоянной фиксации в сознании своего успешного опыта. В этой связи спортивные психологи часто рекомендуют вести специальные дневники (для фиксации «успехов» спортсмена); предостерегают спортсменов от использования негативной внутренней речи (внутреннего диалога) и ориентируют их на позитивное мышление.

▸ *Ньюстром Д.В., Дэвис К.* Организационное поведение. СПб.: Питер, 2000; *Bandura A.* Self-efficace: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change // Psychological Review. 1977; 84: 191–215; *Bandura A.* Social cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991; 50: 248–287; *Myers D.* Social Psychology (7thed.). 2002

А.Е. Горовая

Санитарное просвещение (healtheducation) – сознательно формулируемые возможности (предполагают ту или иную форму коммуникации, направленную на улучшение информированности по вопросам здоровья и его охраны) для приобретения знаний, их уточнения, коррекции и для выработки жизненных умений и навыков, способствующих обеспечению здоровья как отдельных людей, так и населения, (со)общества в целом.

С. п. включает сообщение информации, касающейся: а) основополагающих социально-экономических и экологических условий, влияющих на здоровье; б) индивидуальных факторов риска и связанного с риском поведения; в) возможностей системы здравоохранения. С. п. предполагает развитие, усиление мотивации, формирование умений, навыков и уверенности (в собственной эффективности), необходимых для деятельности, направленной на улучшение здоровья. Медико-санитарное просвещение демонстрирует практическую осуществимость и организационные возможности различных видов деятельности по решению проблем, связан-

ных с социально-экономическими и экологическими детерминантами здоровья.

В прошлом термин «С. п.» использовался для обозначения более широкого спектра деятельности и мероприятий, включая социальную мобилизацию и пропаганду, которые сейчас рассматриваются в рамках термина «укрепление здоровья». Укрепление здоровья (health promotion) — это процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также улучшить его (ВОЗ, 1986, Оттавская хартия укрепления здоровья); лежит в основе разработки и формирования политики и стратегии государства и общества, направленных на улучшение состояния здоровья населения и повышение качества жизни. В соответствии с концепцией ВОЗ, укрепление здоровья — это процесс создания возможностей для усиления контроля общества и индивидуумов за факторами, определяющими здоровье, что должно позволить достичь устойчивых результатов в его улучшении. Основными принципами укрепления здоровья считаются: убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество (сочетание ресурсов), ориентация на граждан, участие местного сообщества (принцип «Не только для людей, но вместе с людьми»).

▸ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. чл.-корр. РАМН А.И. Вялкова и акад. РАМН Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. С. 19

Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко

Саногенное мышление (СГМ) — теория и практика управления своими эмоциями (в частности, такими отрицательными эмоциями, как обида, вина, гнев, зависть, стыд и др.) путем осознания и управления теми умственными операциями, которые автоматически порождают соответствующую эмоцию. Технология обучения СГМ позволяет установить неуместность тех или иных умственных операций и выбрать уместные, расширяя тем самым многообразие ходов мысли, раскрепощая ее, предлагая новые умственные программы, что в итоге способствует предотвращению хронизации отрицательных эмоциональных переживаний. Теория и практика СГМ предложена Ю.М. Орловым (1991) в контексте санологии (комплексное направление медицинской науки и практики, изучающее здоровье).

Принципы оздоровляющего мышления зародились в античной философии. Чтобы обслуживать человека, философ должен был научиться отличать системы мышления, которые приносят вред человеку, умножая его страдания и беспокойство, от других, которые способствуют достижению блага, атараксии, блаженства, счастья. Начиная с Эпикура в античной философии, общепринятым считался тезис о том, что мудрость состоит в различении вещей, зависящих от нас и не зависящих. Человек должен научиться распознавать отдаленные последствия своих поступков, которые могут быть благоприятными и неблагоприятными. Эпикур предлагал каждому установить для себя предел, за который он не хотел бы переходить, если бы даже и мог. Сенека предлагал отказаться от симбиотических отношений с людьми, следуя непривязанному отношению к дружбе, любви, богатству и даже жизни. Стоическая философия сформулировала принцип реалистичности в мышлении. Философия отношения к разным вещам формулирует требование соразмерности своих притязаний в жизни со своими способностями и иными возможностями. Понятие благоразумия Аристотелем рассматривалось как антитеза распущенности; любое отклонение в сторону недостатка или избытка в удовлетворениях и удовольствиях им рассматривалось как порок, который ведет к неблагополучию. Античность знала лишь два средства управления эмоциями: подавление их и сдерживание внешнего проявления.

В философии обыденной жизни каждой личностью решается задача объяснить (в первую очередь себе), почему обстоятельства таковы, а не иные. Понимание является условием эффективной ориентировки в жизненных ситуациях и принятия эффективных решений по тем или иным вопросам. Философия обыденной жизни человека, в свою очередь, определяет специфику его обыденного мышления, которое может работать на то, чтобы уменьшить страдания от неудачи, поражения, необязательности близких, возникших препятствий в общении и пр. Многое зависит от способов мышления. Основные принципы СГМ («здравомыслия»): а) принцип уместности умственных операций; б) осознания привычек собственного ума; в) интроспекции; г) научности обыденного мышления. Патогенное мышление (ПГМ) — это мышление бессознательное, неуместное, приводящее к переходу

ситуативных отрицательных эмоций в хронические, в результате чего у человека возникает длительное субъективное ощущение неблагополучия. ПГМ предполагает слепое следование привычным стереотипам обыденного мышления, без осознания его последствий. Это не патологическое, а вполне нормальное мышление, но оно патогенно. Обыденное патогенное мышление продлевает возникший стресс далеко за пределы объективного воздействия стрессора, приписывает нередко нейтральной ситуации свойства стрессовой.

Практика обучения СГМ — отечественная синтетическая психотехнология, разработанная в 1980-е гг. независимо от западной теории эмоционального интеллекта, хотя и близка ей по характеру решаемых практических задач. Являясь оригинальной авторской технологией работы с эмоциями, теория СГМ использует данные теории дифференциальных эмоций, в некоторых своих идеях близка теории поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина; практика обучения СГМ использует отдельные приемы, разработанные в контексте когнитивной (в частности, рационально-эмотивной психотерапии). Технология обучения доведена до уровня, позволяющего самостоятельное усвоение СГМ.

▸ *Орлов Ю.М.* Саногенное мышление. М., 1991; *Он же.* Исцеление философией. М., 1997

Н.Д. Творогова

Саногенное поведение — поведение, которое по своей направленности и способам осуществления приближает человека к здоровью (термин введен Н.Д. Твороговой в 1997 г.). В западной медицине широко используется термин «поведение, связанное со здоровьем», т. е. влияющее на него. Замечено, что одни виды поведения приближают человека к здоровью (оздоравливающее, здоровьесберегающее поведение), а другие отдаляют от него. Возможность улучшить свое здоровье — переориентировать нездоровое поведение, ставшее привычным (народной мудрости хорошо известно, что причиной болезней в общем случае является нарушение законов поведения, неверные шаги в жизни и неправильное направление мыслей). В этой связи психологи обычно в работе с клиентом нацелены на: а) поведение, поддерживающее его психическое благополучие (это и активность в направлении самоактуализации и самореализации, достижения жизненного успеха, личностной зрелости, др.), создающее иммунитет против психических расстройств; б) социальное поведение, обеспечивающее его социальное благополучие.

Подход к изучению С. п. опирается на отечественную научную школу, в контексте которой многоаспектно изучалась, в частности, макроструктура психической деятельности (научная школа А.Н. Леонтьева); предполагает опору на эмпирические исследования, проведенные в контексте доказательной психологии (по анологии с доказательной медициной). Так, эмпирически доказано, что активная позиция личности прогностически благоприятнее для здоровья, чем пассивная позиция.

Чтобы поведение личности стало саногенным, оно должно регулироваться высшими духовными ценностями; при этом предполагается что, субъектом деятельности является здоровая личность (А. Маслоу). Для С. п. характерна позитивная направленность, а именно: позитивные цели (амбиционные, но достижимые цели, сформулированные позитивно, например, не стоит культивировать хронический страх перед возможными угрозами и направлять свою деятельность преимущественно на ожидание и борьбу с этими угрозами; по утверждению Б.В. Зейгарник, «охрана психического здоровья заключается в формировании высших целей»), саногенное мышление, саногенное восприятие (направлять внимание при восприятии социальных объектов не столько на их недостатки, сколько на достоинства, ресурсы), саногенные действия (цель не оправдывает средства ее достижения). Умение извлекать уроки из своих неудач в достижении цели (адекватная обратная связь) также характеризует С. п., которое предполагает заботу личности и о своем физическом и психическом здоровье, ответственность за них, как за основной ресурс жизни. С. п. поддерживает социальную направленность активности личности, нацеленность на оказание помощи в ней нуждающимся, предполагает наличие умения сообща с другими работать, испытывая своеобразное состояние изолированности и приобщенности (каждый в совместном бытии остается уникальным его субъектом, являясь в то же время естественной частью социального организма), которое у духовно здоровой личности вызывает чувство удовлетворения.

С. п. в контексте жизнедеятельности человека – это линия его жизни; как поведенческая надсистема оно гармонизирует отдельные входящие в него и коммуницирующие между собой поведенческие акты, виды деятельности в различных сферах жизни. С. п. задает векторы развития человека – духовного, социального, психического, физического, предполагая гармонию развития во всей его целостности. Личность, стратегически ориентированная на С. п., самореализуется в процессе его осуществления, в делании себя, своей жизни, своего окружения, ощущает все большую внутреннюю свободу, цельность, гармонию и радость. Направленность поведения на здоровье или болезнь – это свободный выбор личности (при этом она должна осознать наличие у себя такого выбора и располагать информацией о том, что ей нужно делать, чтобы быть здоровой в понимании термина «здоровье», описанного в Уставе ВОЗ). Однако, зная, что нужно делать, личность может не суметь продвигаться по пути овладения С. п., для этого ей может понадобиться помощь (например, со стороны тренера – своеобразного учителя, педагога, как подсказывает этимология, того, кто поведет за руку). Так, ЮНЕСКО (ООН по вопросам образования, науки и культуры) работает в области формирования у обучающихся навыков сберегающего здоровье поведения обучающихся. На пути укрепления здоровья важно обеспечить (Гуревич К.Г., 2012): а) информирование, б) обучение определенным навыкам поведения (иногда нужно и «переобучение»), в) усиление ответственности за свое здоровье (иногда требуется и «перевоспитание»), г) упрочение и расширение партнерских связей и контактов в интересах укрепления здоровья, д) обеспечение необходимой для здоровья инфраструктуры, е) формирование соответствующей государственной политики. Государственные и общественные организации работают в этих направлениях (например, психологи проводят в рамках общественного здравоохранения тренинги, участвуют в программах, нацеленных на поддержание общественного здоровья, др.), однако это не снимает ответственности с самой личности за ее поведение.

С. п. культивируется с целью профилактики нарушений здоровья, а также на этапах лечения (входит в комплексные программы оздоровления) и реабилитации. Не только народная мудрость, но и современная наука считают, что быть здоровым – это естественное состояние человека (однако на разных исторических этапах понимание, что такое «здоровье», меняется, отсюда разные подходы к его поддержанию и восстановлению).

▸ *Творогова Н.Д.* Учимся позитивно мыслить // Ж. Сестринское дело. №5, 1998. С. 24-25; *Творогова Н.Д.* Программа для ординаторов «Психология управления здоровьем» // Программа подготовки ординаторов факультета управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» М., МЗ РФ, 2001. С. 88-96; *Творогова Н.Д.* Социальное благополучие личности // Сб.: «Психология здоровья: семейный аспект». М.: УРАО, 2004. С. 7-12; Психическое благополучие личности // Сб.: Психология здоровья: психологическое благополучие личности. М.: УРАО, 2005. С. 207-217; *Творогова Н.Д.* Духовное здоровье // Вестник университета Российской академии образования. — М.: Изд-во Университет РАО. 2006, № 4. С. 44-53; *Творогова Н.Д.* Поведение в направлении здоровья // Форум «Здоровье нации — основа процветания России». М.: МГУ, 2007. Т. 2.; *Творогова Н.Д.* Саногенное поведение // Философия укрепления здоровья нации. М.: Российское философское общество, 2008. С. 124-140; *Творогова Н.Д., Кулешова К.В.* Саногенность как характеристика профессионального общения психолога // 125 лет Московскому психологическому обществу: юбилейный сб. РПО: в 4 т. / Отв. ред. Д.Б. Богоявленская, Ю.П. Зинченко. М.: МАКС Пресс, 2011. Т. 3. С. 199–202; Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний // Под ред. Н.Д. Ющука, И.В. Маева, К.Г. Гуревича. М.: Перо, 2012

Н.Д. Творогова

Саноцентристский подход в оказании психологической помощи – ориентация психологической помощи клиенту на «выращивание» здоровья, а не только на борьбу с болезнями, имеющимися проблемами; направленность на позитивные цели, поиск у человека социальных, психических, физических ресурсов даже, казалось бы, в безвыходных ситуациях, культивирование позитивного мышления и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Сексотерапия (в сексологии) – бихевиориальная методика парной терапии сексуальных расстройств, возникшая в 70-е гг. прошлого столетия.

Сутью методики является освоение партнерами стандартных приемов стимуляции эрогенных зон с целью накопления позитивного сексуального опыта. Бесспорным преимуществом секстерапии является высокий терапевтический эффект (около 85 %), достигаемый в сжатые сроки (3–4 недели) благодаря высокой кооперации партнеров и талантливой психотерапевтической аранжировке (Мастерс В., Джонсон В., Каплан Г.). Недостатки секстерапии заключаются в слабой причинной обусловленности терапевтической программы и ее этической неприемлемости для некоторых пациентов, особенно в случае привлечения суррогатных партнеров, т. е. проституток или волонтеров на общественных началах. Американское общество секстерапевтов рекомендует избегать специалистов, предлагающих в качестве метода лечения половые контакты с ними. Последние годы секстерапия все больше вытесняется разными формами психотерапии, вазоактивными препаратами (например, виагра) и хирургическими методами.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

С.Т. Агарков

Семейная психотерапия — направление современной психотерапии, при котором в качестве «клиента» для семейного терапевта выступает не индивид, не профессиональная группа, а семья. Как самостоятельное направление психологической помощи С. п. возникла в 50-е гг. XX в. (Белл Дж., Аккерман Н., Мидельфорт Х., Лидз Т., Винн Л., Боуэн М., Витакер К., Батесон Г., Хейли Дж., Сатир В. и др.), сосредоточив свое внимание на развитии личности в семейном окружении и тем самым преодолев односторонние ориентации традиционной психотерапии либо на личность, либо на социум. Семейный подход оказался не только продуктивным, но и экономически эффективным: доказано, что семья, если дать ей нужный профессиональный толчок и запустить ее созидательные силы, способна сама, на основе собственных внутренних ресурсов, помочь своим членам. В то же время «нездоровая» семья может усугубить страдания человека, обратившегося за психологической помощью.

Психопатологические симптомы рассматриваются семейными терапевтами в качестве функции неадекватных внутрисемейных коммуникаций, выражающихся в специфических правилах, мифах и образцах взаимодействия, — как явление скорее интерперсональное, чем интраперсональное («запутанный клубок», «двойная связь» и пр.).

Причина аномалий видится в особенностях семейной системы, и, для того чтобы произвести позитивные психологические изменения в семье, терапевту необходимо прежде всего модифицировать саму систему, а не составляющих ее индивидов. Профессиональная работа семейного терапевта направлена на помощь в изменении интенсивности факторов, препятствующих нормальному функционированию семьи, и осуществляется в процессе применения специальных методических приемов. Причем в большей мере ответственность за исход такой работы — у семьи, а не у психотерапевта.

В представлениях о профессиональной позиции и роли личности психотерапевта семейная терапия резко революционизирует всю сферу психологической помощи, противопоставляя образ психотерапевта образу духовного учителя, гуру, что проявляется и в особенностях функционирования сообщества С. п. («включенное супервидение»). Утверждается, что психотерапевт не может дать семье больше, чем ее члены могут сделать друг для друга; по сути дела, он лишь способствует запуску положительного семейного механизма.

Из основных направлений в современной семейной терапии прежде всего следует назвать системный подход в его многочисленных вариантах. В теории семейных систем Мюррея Боуэна утверждается, что члены семьи часто из-за груза прошлого не могут действовать независимо друг от друга, что, собственно, и приводит к внутрисемейной дисфункциональности; роль семейного терапевта здесь подобна позиции тренера, который учит членов семьи дифференцироваться во внутрисемейном общении.

Другим вариантом системного подхода является структурная С. п. Сальвадора Минухина, направленная прежде всего на преодоление стирания границ между членами семьи, неадекватной близости («запутанный клубок»). Утверждается, что семейная система является дисфункциональной из-за ее настоящей организации, а не из-за ее истории; прошлое не является предметом рассмотрения структурных терапевтов, усилия которых направлены на изменения актуальной структуры альянсов и коалиций членов семьи.

Стратегическая семейная терапия (Хейли Дж., Маданес К., Вацлавик П., Хоффман Л. и др.) является наиболее распространенным в настоящее время вариантом системного подхода в С. п., специфика которого характеризуется: а) активными попытками терапевта сделать членов семьи ответственными друг за друга; б) более частыми, по сравнению с другими направлениями С. п., встречами с членами семьи отдельно; в) формированием терапевтических альянсов; г) применением техник парадоксальной интервенции.

Миланская школа системной семейной терапии иногда выделяется в составе стратегической С. п., а иногда рассматривается как самостоятельное направление системного подхода.

Психоаналитический (психоаналитическая семейная терапия), поведенческий подходы (поведенческая семейная терапия) и гуманистический подход в С. п. являются более традиционными по сравнению с системным подходом и возникли на стыке С. п. и основных теоретических направлений современной психологии.

Имеется также ряд оригинальных направлений в С. п., непосредственно не привязанных к основным вышеназванным подходам и получивших свое развитие благодаря авторитету их создателей. К таковым прежде всего следует отнести контекстуальный подход к С. п. И. Боззормени-Нэджи (в фокусе внимания психотерапевта – интересы и потребности всех членов семьи, а не только взаимоотношения между ними); символический подход к С. п., основанный на опыте К. Витакера. Современная семейная терапия также подразделяется на супружескую, развода, сексуальную С. п.

В настоящее время все более широкое распространение получает краткосрочная С. п. (например, позиционная семейная терапия, предложенная Н. Пезешкианом).

Таким образом, за рубежом С. п. представляет собой в настоящее время особую субкультуру, сообщество профессионалов с установившейся этикой, правилами и традициями, множеством порой противоборствующих друг с другом, а не только взаимодополняющих направлений и подходов.

Теория и практика С. п. в нашей стране находится в стадии становления, хотя проблемы психологической помощи семье ставились и решались здесь уже давно в рамках психологических консультаций по вопросам семьи и брака, клинической психологии, семейной психиатрии, семейной педагогики и т. д.

Парадоксальные техники С. п.: 1) специфические образцы внутрисемейных взаимоотношений; 2) определенные виды психотехнических приемов, применяемых в современной семейной терапии.

Наиболее известным парадоксом межличностных взаимоотношений в семье является утверждение «Будь спонтанным!», что означает «Перестань себя контролировать на каждом шагу!» (но поведение не может быть спонтанным «по заказу»). Если адресат парадоксальных высказываний не может от них отстроиться, парадокс им интериоризируется и он оказывается в ситуации внутреннего противоречия, имеющей тенденцию к воспроизводству во внутрисемейных взаимоотношениях и к возникновению на ее основе у членов семьи ряда психологических проблем и симптомов.

Парадоксальные техники семейной терапии состоят в принятии психотерапевтом тех образцов поведения, которых придерживаются клиенты, и в их преднамеренном преувеличении. Например, психотерапевт может посоветовать матери, ребенок которой отказывается что-то делать, стать гораздо больше беспомощной и неадекватной, чем ее чадо, стимулируя последнего к деятельной позиции.

Таким образом, парадоксальным поведению и коммуникациям в семье противопоставляется парадоксальное (контрпарадоксальное) поведение психотерапевта. Клиенты помещаются в условия терапевтической «двойной связи», в которых они, подчиняясь предписаниям семейного терапевта, кооперируются с ним.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.З. Шапиро

Символдрама (греч. symbolon – условный знак и drama – действие) – вид индивидуальной и групповой психотерапии, опирающийся на теории классического психоанализа, аналитической психологии К.Г. Юнга, а также их современные модели.

С. известна также как кататимно-имагинативная психотерапия (греч. kata – вниз, thymos – душа, лат. imago – образ, т. е. психотерапия переживания образов, соответствующих душевному состоянию), кататимное переживание образов, метод сновидений наяву. С. разработана в 50–7-е гг. XX в. в Германии

немецким психоаналитиком, врачом и психотерапевтом Х. Лейнером и впоследствии значительно дополнена немецким детским психоаналитиком и психотерапевтом Г. Хорном.

Психотерапевтическая суть С. основана на представлении клиентом образов на заданную тему, которые отражают находящиеся в его индивидуальном бессознательном конфликты и напряжения. Технологически С. состоит из четырех этапов: 1) предварительная беседа; 2) расслабление; 3) представление образа под контролем психотерапевта; 4) заключительная беседа.

С. широко распространилась в странах Северной и Южной Америки, а также Европы, кроме Франции, где пользуются своим аналогичным методом. В конце 90-х гг. XX в. С. как метод психотерапии стала применяться и в России.

Основными показаниями для применения С. являются невротические и неврозоподобные состояния, различные расстройства эмоциональной сферы, нарушения адаптационных возможностей. Применение С. возможно с 6,5 года и далее без ограничения возраста. С. может применяться как самостоятельный метод, так и в сочетании с другими терапевтическими методиками. Противопоказаниями для применения С. являются церебрально-органические синдромы, коэффициент интеллектуальности ниже 85, недостаточная мотивация, самотерапия, а также некоторые формы психозов.

Известны следующие виды С.: 1) индивидуальная; 2) групповая; 3) детей и подростков; 4) парная, в том числе семейная.

В С. различают три ступени глубины работы психотерапевта, для которых разработаны специальные темы образов, называемые Лейнером «мотивами». Под «мотивом» Лейнер понимает актуализирующийся из бессознательного клиента комплекс переживаний, провоцируемый предложенной темой образа. Так, например, в индивидуальной терапии наиболее часто встречаются «мотивы»: «луг» (для проработки трудностей первого года жизни), «ручей» (работа с проблемами раннего детства), «гора» (проблемы, связанные с эдиповым комплексом), «дом» (актуальное состояние), «опушка леса» (бессознательные страхи). Эти образы-мотивы относятся к основной ступени. Средняя ступень включает мотивы: «идеал-Я» (принятие себя), «значимое лицо» (проработка актуального значимого отношения), «лев» (агрессивность), «куст розы» или «поездка автостопом» (сексуальность). К высшей ступени относятся мотивы: «вулкан», «пещера», «отверстие на болоте», «фолиант», показания которых многозначны. Всего в С. в настоящее время для различных целей используется более 100 мотивов, в частности специальные мотивы для детей и подростков, разработанные Г. Хорном. С. позволяет также использовать в качестве отдельных мотивов свободный образ или фрагмент сновидения. Проработка неосознаваемых конфликтов, лежащих в верхних слоях бессознательного, не обязательно предполагает осознание клиентом их истинных причин. На основной и средней ступенях к позитивному эффекту ведет уже сам факт представления тех или иных образов. Только высшая ступень предполагает обязательный сопутствующий анализ. Положительный результат в большинстве случаев достигается после 10–15 сессий. В некоторых случаях требуется более длительная терапия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.Н. Коновалов

Символотерапия (греч. symbolon – знак и therapeia – лечение, уход за больным) – разновидность психотерапии, использующей в качестве лечебного воздействия символическую функцию слова. Рассматривая речь как символический рефлекс, В.М. Бехтерев определял слова как символические обозначения того предмета, который оставляет по себе целый комплекс следов в нервной системе, благодаря чему при отсутствии самого предмета нет надобности оживлять все оставляемые им следы, а лишь один, отвечающий его символу. Обучение лечебным символам позволяет пациентам самостоятельно поддерживать заданные психотерапевтом психические состояния.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Л. Карпова

Симптоматическая психотерапия (греч. symptoma – совпадение, признак) – неотъемлемая часть индивидуальных психотерапевтических программ (наряду с причинной, патогенетической психотерапией), ориентированная на устранение и ослабление симптоматики заболевания.

По целям проведения С. п. может быть ориентирована на ключевой симптом заболевания, улучшение общего состояния, изменение поведения (поведенческая психотерапия, поведенческое моделирование, техники нейролингвистического программирования и др.), на когнитивный компонент отношений (рациональная психотерапия, варианты разъяснительной психотерапии и др.), на эмоциональные процессы (различные варианты катарсической психотерапии, методики внушения наяву и в гипнотическом состоянии, гипносуггестивная эмоционально-стрессовая психотерапия).

При пограничных состояниях, алкогольной зависимости и пр. из-за неясности патогенеза этих заболеваний С. п. применяется достаточно часто. Важную роль С. п. играет при лечении психических заболеваний (задачей ее в этих случаях является стабилизация ремиссии, содействие в реабилитации пациентов).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Синтетико-герменевтическая терапия (греч. synthesis – соединение, сочетание; hermeneutike – истолкование и therapeia – лечение) – психотерапевтический метод, разработанный К.Г. Юнгом и предназначенный для содействия процессу «индивидуации» пациента. Характерной чертой этого метода является то, что психотерапевт после обсуждения с пациентом его актуальных проблем переходит к проблемам мировоззренческого, экзистенциального плана. Одной из центральных среди таких проблем (особенно если пациент перешагнул через сорокалетний жизненный рубеж) считается отношение к религии.

По организации проведения данный метод имеет много общего с традиционным психоанализом: еженедельные сеансы, продолжительность каждого 1 час, весь курс проводится в течение (примерно) трех лет; но используется не кушетка, а кресло, стоящее напротив психотерапевта. Наибольшую эффективность С.г. т. имеет в тех случаях, когда что-то угрожает моральным, философским или религиозным ценностям пациента.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

«Скотома психологическая» у медицинских работников – образное выражение, введенное Иштваном Харди («Врач, сестра, больной: психология работы с больными») для обозначения неготовности ряда врачей видеть и учитывать психологическую составляющую болезни (от греч. skotos – темнота; в физиологии зрения так называемое слепое пятно, т. е. участок поля зрения, проецирующийся на лишенный рецепторов диск зрительного нерва). В практике лечебной деятельности «С. п.» может проявляться в репликах: «привезли аппендицит... острый живот... перелом...» и т. п., т. е. врач хорошо видит состояние организма, рефлексы, результаты анализов и прочее, но «феномены личностных переживаний пациента» как бы проецируются на «слепое пятно» и не воспринимаются; тем самым существенно обедняется целостное восприятие поступившего на лечение человека (создаются преграды для установления с ним доверительных терапевтических «личностно окрашенных» отношений). Такого рода «дефект восприятия» во многом связан с традиционной профессиональной подготовкой врача, такими ее особенностями, как:

- преимущественное внимание к анатомии, физиологии, физической химии и т. п., которые студент начинает считать определяющими (психологические и даже психиатрические данные игнорируются как «несущественные», «непонятные», «ненадежные», «субъективные» и пр.);
- в эпоху технического прогресса усиливается надежда на максимальную объективацию признаков заболевания, новые аппаратные возможности, которые есть склонность переоценивать (нематериальность психической жизни в сочетании с отсутствием развернутой профессиональной психологической подготовки в данной области вызывает желание ограничиться привычным и понятным в лечебной деятельности, т. е. исключительно соматическим аспектом болезни);
- сами пациенты предпочитают жаловаться скорее на видимые и понятные симптомы неблагополучия; жалобы на психические переживания формулируются и высказываются ими с огромным трудом (профессиональная помощь врача в раскрытии переживаний пациента часто оказывается недостаточной);

– психологическое неблагополучие самого врача часто приводит его к реакции «бегства» в сторону поиска «материальных», «объективных» данных у пациента.

«С. п.» у медицинских работников может явиться существенным препятствием улучшения качества медицинских услуг, обеднять содержание программ профилактики, реабилитации, хотя именно медики сформулировали правило: лечить не болезнь, а больного.

▸ *Дернер К.* Хороший врач. Учебник основной позиции врача / Пер. с нем. М.: Алетейа, 2006; *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. Прага: Авиценум, 1974; *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1988

В.А. Урываев

Скрытая практика – прием в поведенческой терапии, который использует повторение в воображении положительных навыков. Существует также прием «скрытого моделирования» – научение через представление в воображении такого поведения другого человека, какое хотел бы усвоить клиент.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Слушание нерефлексивное – один из приемов «понимающего слушания»; состоит в умении психотерапевта молча, внимательно слушать клиента без рефлексии (анализа содержания его высказывания). Предназначение С. н. – создание условий для того, чтобы клиент полностью выговорился, особенно в ситуациях, когда ему необходимо обсудить свои наболевшие вопросы (например, семейный конфликт).

Правила С. н.: а) минимум вопросов и ответов (невмешательство) со стороны психолога; б) быть своеобразной «губкой», впитывающей все, что говорит клиент, без какого-либо отбора и сортировки; в) постоянно подавать клиенту сигналы, что тот услышан. Для этого психологом используются короткие реплики: «Да...», «Да-да...», «Понимаю...» и пр. Эти реплики нейтральны, помогают клиенту говорить (приглашая продолжать), показывают ему, что им интересуются, хотят знать его мнение и чувства. Сигналом внимания для клиента может быть и кивок головы психолога, легкое изменение выражения его лица и пр.

Недостатки использования С. н. проявляются в следующих ситуациях: 1) у клиента желание говорить слабое или совсем отсутствует; 2) есть опасность, что внимание психолога клиент истолкует как полное согласие с ним, с содержанием его рассказа; 3) иногда в течение длительного времени психологу приходится выслушивать «пустую» речь.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Слушание понимающее – один из методов гуманистической психотерапии, имеющий целью понять клиента; традиционно используется профессиональными психотерапевтами, психологами, которые умеют слушать и слышать именно то, что им говорят. Приемы С. п.: нерефлексивное слушание, выяснение, перефразирование, резюмирование, отражение чувств. Иногда выделяют несколько типов С. п., среди которых следующие:

Эмпатическое слушание – высший уровень умения слушать, предполагает вчувствование (способность терапевта чувствовать то же, что и клиент, понимать его не умом, а сердцем). Эмпатический ответ – это не изощренная техническая уловка терапевта, а результат его способности к эмпатии, вчувствования в другого человека. И тем не менее эмпатическому слушанию можно научиться.

В отличие от других типов С. п. «оценивающее слушание» зачастую пристрастно, рассудочно, предполагает поиск причины, почему и зачем была сказана клиентом какая-то фраза (за этим поиском толкования услышанного нередко теряется смысл сказанного; для толкователя важнее не «что» сказано, а «почему»). Сопутствующие приемы: интерпретация, анализ, выяснение, логическая аргументация своих заключений и мнений, поучения, указания, осуждение, критика, похвала, обобщение и пр.

При «сочувствующем слушании» психолог всегда готов выразить свое сострадание клиенту, быстро с ним согласиться. Сопутствующие приемы: вербальное согласие, утешение. При сочувствующем слушании есть опасность в эмоциональной идентификации психолога с клиентом (в этом случае психологу самому может понадобиться профессио-

нальная психологическая помощь). Недостаток такого способа слушания и в том, что клиент, возможно, хотел поделиться своими сомнениями, пытался с помощью терапевта найти взвешенное решение, а получил с его стороны полное согласие с одной из своих рассматриваемых позиций.

Для демонстративно «отстраненного слушания» характерна невербальная демонстрация психологом клиенту своего профессионального превосходства, своего более высокого ранга в ситуации терапии. Это скорее не слушание, а снисходительно-повелительное выслушивание; иногда наблюдается при директивных моделях психотерапии. Сопутствующие приемы: приказ, указание, предупреждение, угроза, обещание.

Описанные типы С. п. можно рассматривать как идеальные, в таком чистом виде редко встречающиеся. Каждому психологу свойственен в той или иной мере каждый из указанных типов слушания. Определенное их сочетание характеризует индивидуальный стиль слушания, в котором отражается характер психолога, его профессиональные интересы и сформированные навыки, пол, возраст и пр. К. Роджерс установил, что если человек в 40 % случаев проявляет в общении один и тот же стиль реакции, определенный фиксированный набор коммуникативных приемов, то его собеседник вправе думать, что этот человек ведет себя всегда так. Так рождаются у клиентов мифы о своих психотерапевтах, что приводит к навешиванию им ярлыка «добряк», «строгий», «обо всем знающий», «понимающий» и др.

Умение слушать входит в профессиональную подготовку клинического психолога.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Создание треугольника — понятие, используемое в семейной психотерапии, описывающее ситуацию, при которой два человека, чтобы справиться с нарастающим напряжением и нестабильностью, или вовлекают в свои взаимоотношения третье существо (человека, животное), или каким-либо иным способом изменяют ситуацию (например, «уходом в болезнь»).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Спонтанная ремиссия — улучшение состояния психически больного человека в отсутствие психотерапии, лечения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Тайм-аут (англ. time-out — перерыв) — блокирующая процедура, применяемая в детской поведенческой психотерапии. Т.а. состоит в том, что ребенок на короткое время устраняется из ситуации, в которой нежелательное поведение вознаграждалось.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Танатотерапия (греч. thanatos — смерть и therapeia — лечение, уход, забота) — система ориентированной на тело психотерапии, затрагивающая область контакта с процессами умирания и смерти, располагающая методами и приемами для оказания психотерапевтической помощи в этих процессах. Главная цель Т. — установление максимально полного и реального контакта с процессами умирания и смерти (Баскаков В.); при этом отмечаются особые переживания, состояния сознания, существенные изменения, происходящие с человеком вследствие его встречи со смертью (Кюблер-Росс Э., Нойес Р., Моуди Р., Гроф С. и др.). В естественных явлениях жизни также нередко присутствует компонент смерти (например, расслабление как смерть, сон как смерть, оргазм как смерть, метаморфоза как смерть: куколка — бабочка, зерно — колос, и т. д.). Сталкиваясь с повседневными проявлениями жизни, человек переживает страх смерти, который может обнаружить себя в страхе потерь, расставаний, изменений, других явлениях и процессах, имеющих смысл окончания, прекращения.

В основе метода Т. лежит моделирование (не имитация) процесса «правильного умирания» (Флоренский П.) через моделирование характеристик тела человека, умершего естественной, «правильной» смертью (без мучительной агонии). В эти параметры входят: тотальное расслабление и «заземление» (пациент лежит на полу), способствующее «заземлению» чувств, остановка контроля сознания, предметность/объектность тела, биологическое дыха-

ние и др. Также моделируются смертельно опасные ситуации с целью изучения и коррекции поведения человека в экстремальных ситуациях.

Характер приемов, очень медленный темп их исполнения и особое отношение танатотерапевтов создают условия для самокоррекции энергетического баланса в теле и вследствие этого возможность для постепенных изменений в структуре психосоматических паттернов («социальное тело», характерный панцирь). В результате «смерти» (умирания) прежнего качества осуществляется рождение нового, происходит трансформация личности.

Метод Т. отражает суть подхода body-tuning, отличаясь не только концептуально, но и приемами от других методов телесно-ориентированной психотерапии. Во-первых, в Т., как правило, работают в «тройках» (это не исключает возможности работать с пациентом/клиентом индивидуально). Во-вторых, поскольку body-tuning предполагает «настройку», но не «ломку» психосоматических паттернов, а концептуальный подход диктует принятие/осмысление фактов прожитой жизни, то здесь исключается отреагирование.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Э. Газарова

Т-группа (англ. training group – группа тренинга) – малая группа, создаваемая для обучения базовым межличностным умениям; к таковым относят: умение распознавать и оценивать индивидуальные, групповые, межличностные проблемы; коммуникативные умения; развитие самопознания. Возникновение Тг. относится к 1947 г. и связано с классическими исследованиями К. Левина в области групповой динамики. Психологи клинической ориентации в подобной групповой работе обычно акцентируют индивидуальные проблемы участников, социальные психологи – проблемы личностных ресурсов эффективной деятельности организаций. В любом случае принципиальным оказывается совершенствование понимания групповых процессов, развитие чувствительности к ним (отсюда еще один используемый термин – «тренинг чувствительности»). Тг. относятся к совокупности методов так называемого экспериментального обучения, т. е. обучения посредством переживания опыта. Основными составляющими подобной групповой реальности являются открытое предъявление участников друг другу, интенсивная безоценочная межличностная обратная связь, апробирование новых форм общения. Роль ведущего, называемого тренером или фасилитатором, состоит прежде всего в создании доверительного и в этом смысле психологически безопасного, поддерживающего группового климата. Последнее делает возможным включение участников в самоисследование и исследование складывающегося группового процесса.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Ю. Хрящова

Театр психологический – метод психотерапии, использующий систему театральных средств с целью исследования и (или) коррекции субъективной психической реальности клиента.

В Древней Греции театральные постановки, предполагающие катарсические переживания зрителей, были разновидностью целительской практики. Связь театра с целительством прослеживается в театрализованных ритуалах, связанных с культом Асклепия – бога врачевания. С появлением теории катарсиса Аристотеля театр стал претендовать на роль психотехнической и психотерапевтической системы.

В настоящее время Т. п. развивается в двух основных формах: 1) театр как психотерапевтическая система (клинические ролевые игры, использующие в своем арсенале различные методы имитационного моделирования поведения – behavioral simulations, драматерапия и театральная психотерапия); 2) театр как исследовательская лаборатория (терапевтический театр Дж. Морено, психодрама и психологический театр Ж. Дюрана).

Благодаря специфичности своей функциональной и организационной структуры театр отражает систему социальных отношений в их динамике. Так, работа актера над сценическим образом под руководством режиссера сравнима с социализацией человека в референтной группе. Традиционное деление сцены на три плана (первый связан с идеальными образами и образами будущего, второй – с реальными событиями жизни, третий символизирует содержание бессознательного) соотносится с психологическим пространством

личности, в котором человек выделяет прошлое, настоящее и будущее.

Т. п. предоставляет участникам широкие возможности для личностного развития, актуализации и объективизации проблемных отношений в виде законченного и целостного пространственно-временного континуума. Используемые в Т. п. методы, позволяющие моделировать различные жизненные ситуации, способствуют воссозданию важных связей, утерянных или не состоявшихся в реальной жизни. Посредством театральной игры человек получает возможность выйти за рамки той реальности, в которой он существует, наделяя предметы окружающего его мира иными значениями. В собственной сценической практике происходит получение отсутствующего опыта, его осознание и присвоение через личные переживания. Благодаря действующим процессам рефлексии, сопровождающим театральную игру, ее участник получает в свое распоряжение эффективные инструменты коррекции собственных поведенческих стереотипов. Через осознание психологических закономерностей собственного поведения обретается способность управлять ситуациями реальной жизни. Это способствует восстановлению целостности личности, нарушенной психотравмирующими обстоятельствами жизни, повышению ответственности за собственные поступки и овладению контролем над собственным поведением.

Для зрителей также существует возможность через сопереживание героям спектакля разрешать и свои психологические проблемы.

Т. п. как исследовательская лаборатория наиболее полно представлен в работах Ж. Дюрана, рассматривающего его как метод исследования коллективного бессознательного и как форму взаимодействия человека с теневой частью своей личности. В условиях театральной системы моделируются различные психические состояния и психологические пространства, отражающие межличностные отношения или внутренний мир героя, исследуются психологические механизмы в условиях моделируемого эксперимента, создаются предпосылки переноса ситуации эксперимента в реальную жизнь (благодаря «феномену двойника» актер-исследователь контролирует собственный внешний образ). Подобная исследовательская стратегия позволяет избежать недостатков лабораторного (нарушающего экологическую валидность) и естественного (неуправляемого) экспериментов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.С. Калашников

Телефон доверия — неотложная психологическая помощь, предназначенная для экстренного использования в ситуациях, не терпящих отлагательства; адресована лицам, находящимся в кризисных состояниях.

В терапевтическом контакте по Т. д. выделяют (Амбрумова А.Г., Полеев А.М, 1988) несколько последовательных этапов: 1) установление контакта, на первый план выступает эмоциональное принятие клиента; 2) интеллектуальное овладение ситуацией; 3) планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации; 4) активная психологическая поддержка. Постоянным компонентом психотерапевтических бесед является их седативная направленность, создающая фон для развития позитивного интерперсонального контакта (Лежепекова Л.Н. и соавт., 1983).

Общение по Т. д. требует от персонала (клинических психологов, психиатров, добровольцев-непрофессионалов) профессиональной компетентности для подобного вида работы, знаний, жизненного опыта, особых голосовых интонаций, понимающего подхода (но не проявления жалости к абоненту) и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Терапевтическая среда (в клинической психологии) (греч. therapeia — забота, уход, лечение) — 1) обстановка, способствующая самоуважению и личной ответственности, привлечению клиента к осмысленной деятельности (в этом значении термин используется в гуманистическом подходе к лечению); 2) среда, оказывающая модифицирующее воздействие на человека. Обычно имеется в виду внешняя среда, хотя термин может применяться и для описания внутренней (например, физиологической) среды. Т. с. эффективно дополняет другие методы терапевтического воздействия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Терапия действия (греч. therapeia – забота, уход, лечение) – все виды терапии, опирающиеся на научение и использование умений.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Терапия творческим самовыражением Бурно (в психиатрии) – российский клинико-психотерапевтический метод-школа, отличающийся от западной терапии творческим самовыражением, терапией творчеством (creative therapy) как вспомогательной терапией («главным образом в рамках общего лечебного плана с учетом психоаналитической концепции» – Bonstedt-Wilke I., Ruger U, 1997). Т. т. с. Б. привносит конкретные занятия целебным творчеством, духовную культуру в естественнонаучную традиционную российскую клиническую психотерапию А.И. Яроцкого (1866–1944) и С.И. Консторума (1890–1950).

В отличие от арт-терапевтических, экзистенциально-гуманистических и религиозных подходов Т. т. с. Б. предполагает природную, телесную основу в самых сложных движениях души и отталкивается в своих психотерапевтических воздействиях не от Духа, а от Природы (Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. 1999; Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. 2006; Бурно М.Е., Добролюбова Е.А. (ред.)). Практическое руководство по терапии творческим самовыражением. 2003). Психотерапевтом исследуется защитно-приспособительная работа природы, более или менее понятным клиницисту языком начертанная в клинической картине, в личностной почве, чтобы помочь стихийным природным силам совершеннее защищаться от вредоносных внешних и внутренних воздействий. Например, деперсонализационное страдание понимается как защитно-приспособительная неестественность чувствования, переживания («чувствую, переживаю не по-своему, например, немею душой»), смягчающая душераздирающую тоску. Это стихийное несовершенство природной защиты поправляется, по возможности, психотерапевтическим творчеством, помогающим пациенту чувствовать себя собою в творческом самовыражении.

Теоретическая основа метода: а) положение П.Б. Ганнушкина (1933) о «жизненной компенсации психопатов» и «мягких шизофреников и эпилептиков» (выявление или невыявление данной патологии в зависимости «от внешних воздействий, от их суммы, от их содержания»); б) созвучные Ганнушкину размышления Э. Кречмера (1934) с последующим выводом о том, что «здесь лежат психотерапевтические задачи». Речь идет о кречмеровской психотерапевтической концепции – «созидание личности по ее конституциональным основным законам и активностям» (Kretschmer E., 1975).

Т. т. с. Б. вышла из психиатрии и показана для разнообразных пациентов с болезненным переживанием неполноценности, с чувством своей вины, несостоятельности (патологическая дефензивность (пассивная оборонительность) – в противовес агрессивности). В последние годы метод стали применять для лечения душевно здоровых соматических, неврологических пациентов с дефензивными особенностями характера, для помощи здоровым дефензивным детям (в школе, детском саду) и т. д.

Существо метода. Пациент или здоровые люди с дефензивными трудностями под руководством психотерапевта изучают элементы клинической психиатрии, характерологии (в том числе характеры художников, ученых), элементы психотерапии, естествознания в разнообразном творческом самовыражении, дабы обрести свое, поднимающее из «каши» переживаний, целительное осмысленное творческое вдохновение. Обрести себя как уникальную, но все же, сообразно природе своей, аутистическую, психастеническую, синтонную, полифонически-шизотипическую и т. д., личность. Природные характеры, симптомы болезни понимаются здесь не как «бирки», а как важные природные ориентиры (наподобие, например, «мужской» или «женской», «юношеской» или «стариковской» природной душевной особенности), помогающие найти тропинку в свою творческую аутистическую, психастеническую и т. д. неповторимость, свою Любовь и свой Смысл. Практика метода. Индивидуальные психотерапевтические встречи, творческие домашние задания, группа творческого самовыражения в камерной обстановке психотерапевтической гостиной, реалистический психотерапевтический театр. Конкретные методики терапии творчеством, переплетающиеся между собой: 1) терапия созданием творческих произведений; 2) творческим общением с природой; 3) творческим общением с

литературой, искусством, наукой; 4) творческим коллекционированием; 5) проникновенно-творческим погружением в прошлое; 6) ведением дневников и записных книжек; 7) перепиской с психотерапевтом; 8) творческими путешествиями; 9) творческим поиском одухотворенности в повседневном. «Творческий» – означает здесь познание-поиск себя, аутистического, психастенического и т. д., в общении с искусством, природой и т. д. с целью обрести свою вдохновенно-творческую неповторимую жизненную дорогу.

Долгосрочная Т. т. с. Б. продолжается 2–5 лет, краткосрочные варианты метода – от недели до четырех месяцев. Идеал терапевтической эффективности – формирование творческого стиля жизни: возможности обретенными способами приводить себя в состояние творческого вдохновения, способность подолгу жить в состоянии вдохновения.

Т. т. с. Б. развивается вместе с клинической психиатрией, характерологией, искусством, всеми областями духовной жизни, из которых метод выбирает необходимый ему материал, преломляя его клинико-психотерапевтически; подобно тому, как хирургия преломляет клинически по-своему все новые и новые технические открытия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

М.Е. Бурно

Терапия утробного (первого) крика – особая форма психотерапии, разработанная А. Яновым (Janov A. The Primal Revolution. N.Y., 1972) на основе «трехфазной теории возникновения невроза» Г.Ю. Айзенка. Ее цель – избавление пациента от «первичной боли», о которой свидетельствует то или иное физическое или психическое напряжение. Процедура проведения предполагает последовательное прохождение ряда этапов. На первом этапе, который длится несколько недель, пациент выключается из прежних своих отношений, он не работает, не общается со своими родственниками и знакомыми, не принимает никаких стимулирующих средств и настраивается на предстоящую психотерапию. На втором этапе осуществляется ряд сеансов, во время которых пациент, лежа на полу, пытается вспомнить свои негативные переживания, бывшие у него в раннем детстве и имевшие большую интенсивность; при этом его задачей является не просто вспомнить соответствующие ситуации, но и отреагировать внешним образом на те эмоции, которые в них были заторможены. Подобное отреагирование должно проходить в как можно более выраженной и даже утрированной форме (крик, ругань, деструктивные действия и пр.). Таким образом, должны быть «переработаны» эмоции гнева, ярости, ужаса, заботы, печали и пр. На заключительном этапе проведения данного метода проходит обобщение полученного психотерапевтического опыта в условиях групповой работы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Терапия, центрированная на клиенте (греч. therapeia – забота, уход, лечение) – вид психотерапии, разработанный К. Роджерсом, в которой психотерапевт поддерживает клиента и способствует его личностному росту. Предполагает следующие коммуникативные компетенции психотерапевта:

Безусловно позитивное отношение – одобрительное и уважительное отношение психотерапевта к клиенту независимо от его поведения.

Подлинность – способность психотерапевта проявлять свои истинные внутренние чувства, не скрывая их от пациента.

Фокусировка (лат. focus – центр, сосредоточие) – способность сфокусироваться на содержании чувств или переживаний клиента.

Отзеркаливание – реакция психотерапевта, отражающая переживание клиента.

Децентрирование (лат. de – приставка, обозначающая устранение, в данном случае центрирования на себе) – способ выхода за границы собственных представлений благодаря угадыванию с помощью воображения или логики, как выглядели бы вещи, события с точки зрения другого человека.

Конгруэнтность (congruence) – единство опыта, коммуникации и понимания.

Если то, что человек выражает (коммуникация), то, что происходит (опыт), и то, на что человек обращает внимание (осознание), почти совпадают, такой человек обладает высокой степенью конгруэнтности. Он способен осознавать собственные внутренние переживания и согласовывать с ними свое поведение. К неконгруэнтности (и в конечном итоге к ригидности личности) может приводить отрицание

личностью какого-то аспекта своего «Я», отсутствие свободного поведения, что препятствует эффективности ее общения.

▸ Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой //Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: в 6 т. / Ред.-сост. Л.А. Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. М.: ПЕР СЭ, 2006; Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Терапия, центрированная на отношениях (ТЦО) – вид психотерапии, предложенный Джин Бейкер Миллер (1976), Кэрол Гиллиган (1982), Дж. Джордан (1989), в которой жизненный опыт клиента изучается в контексте его отношений с другими; психотерапевт принимает активное участие в общении с пациентом, не придерживаясь нейтральной позиции (защищаемой фрейдистами и другими психоаналитиками).

Ядром человеческих отношений, с точки зрения представителей ТЦО, являются взаимная эмпатия (mutual empathy) и взаимное доверие (empowerment). Эмпатия включает в себя мотивацию (стремление узнать другого человека), восприятие (способность воспринимать вербальную и невербальную информацию), эмоции (возможность понимать чувства другого) и познание (способность вынести из общения смысл). Эмпатия рассматривается как способность понимать и проникать в мир другого человека, передавая ему это понимание. Взаимность (mutuality) подразумевает уважение к жизненному опыту другого, открытость и искренность (Джордан Дж., 1986). Общение, приносящее обоюдную пользу (connection), основано на эмпатии, взаимности, инициативе, доверии.

Взаимная эмпатия помогает увидеть сходство с другим человеком и различия. Понимание, принятие одного человека другим, несмотря на различия между ними, является средством для улучшения качества взаимоотношений и помогает каждому ощутить свою значимость. Мнение о себе и о других не может стать адекватным без взаимного обмена эмоциями в межличностном общении. Пытаясь понять другого, человек расширяет свое сознание и утверждает в себе нечто новое (Джордан Дж., 1986). Когда один человек находит в другом отзывчивость и понимание, то у него возникают новые мысли и чувства, он становится более доверчивым. Так рождается взаимодействие, в результате которого происходит психологическое развитие каждого, а также развитие их взаимоотношений. Близость, равенство, тесное общение, эмоциональная поддержка друг друга приносят глубокое удовлетворение обоим партнерам и являются признаком их психологического здоровья. В процессе общения периодически может возникать непонимание, однако если отношения достаточно искренние, то оно не влечет за собой серьезных проблем; конфликт и гнев не только неминуемы в процессе общения, но бывают и необходимы (Джордан Дж., 1990; Миллер Дж.Б., 1989).

Клинический опыт показывает, что самая ужасная беда для человека – психическая изоляция. Речь не идет об одиночестве. При психической изоляции возникает чувство, будто не имеешь возможности общаться с людьми; человек не верит в возможность быть понятым другими людьми; отсутствие возможности получить эмпатическое понимание вызывает стыд (Джордан Дж., 1989); отчаяние сопровождается и переживанием вины. Парадокс «связь – отчуждение» (the paradox of connection – disconnection): чтобы наладить отношение с другими, человек прячет свою истинную суть, свое «Я», прячет все дальше от людей. Часто хроническое отчуждение, психическая изоляция ведут к депрессивному состоянию, вплоть до уединения и полного ухода в себя; человек чувствует себя беспомощным, бессильным и неспособным изменить ситуацию к лучшему. Ученые отслеживают, как дети становятся отчужденными от людей, испытывая при этом дефицит общения с ними. Отчуждение может привести к возникновению психических расстройств.

Общество оказывает давление на мальчиков, заставляя их отдавать предпочтение конкуренции, силе и независимости. Вырастая, они становятся понятны только там, где вписываются в условную иерархию ценностей, определяемую доминирующей культурой; в организации они обычно ориентированы на независимость и иерархию. Женщина оказывается больше сориентированной на межличностные отношения. Способность женщины вступать в межличностные отношения и поддерживать их является качеством, совершенно необходимым для ее здорового психического развития и роста.

Женщины чаще ищут участия и контактов с людьми; они стремятся к взаимности, отзывчивости.

Большая часть клиентов, приходящих на психотерапевтический сеанс, – женщины, а психотерапевты, как показывает международный опыт, – в большинстве мужчины. Объективность, беспристрастность, безличные отношения между психотерапевтом и клиентом отражают мужскую модель взаимодействия, которая не слишком эффективна при работе с женщинами и с некоторыми мужчинами. Мужчины-психотерапевты нередко скрывают другую, свою истинную манеру общаться с пациентом, приносящую психотерапевтический эффект, чтобы избежать критику и насмешки со стороны коллег мужского пола. Некоторые женщины-психотерапевты считают дистанцию со своими клиентами необходимой только потому, что хотят прослыть знатоком на поприще психотерапии. Таким образом, большинство психологов – неважно, мужчины это или женщины – находятся под влиянием стандартов, отражающих мужскую модель психотерапии.

Представители ТЦО считают, что главной проблемой клиента, пришедшего на сеанс психотерапии, является страх. Он боится быть непонятым, боится, что его способность поддерживать свой внешний вид, быть общительным, смотреться в обществе и др. скроет его истинное «Я», которое так подавлено, смятено. Психотерапевт должен открыто проявлять внимание к своим клиентам и искренне заботиться о них. Клиент должен видеть, что его проблемы затрагивают психотерапевта. Чтобы терапия стала эффективной, она должна превратиться в общение с взаимной симпатией. Зависимость (dependence) в этом контексте рассматривается как положительное качество, способствующее личностному росту клиента и психотерапевта.

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Р. Фрейджер, Дж. Фейдимен.* Телесно-ориентированные и женские теории личности. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007; *Gilligan C.* In a differentvoice. Cambridge, MA: Harvard: University Press, 1982; *Jordan J.* (Ed.) Women's growth in diversity. N. Y: Guilford Press, 1997; *Miller J.B.* Toward a new psychology of women. Boston: BeaconPress, 1976

Н.Д. Творогова

Техника имплозии (англ. implosion – направленный внутрь взрыв) – техника поведенческой терапии, известная также как «затопление», с помощью которой психотерапевт пытается усилить или преувеличить страхи клиента в надежде, что затем они будут угасать.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Техники основные создания и поддержания рабочего альянса в психотерапевтических отношениях – исходят из определения альянса как позитивного взаимодействия между терапевтом и клиентом, который является предварительным условием психотерапевтического процесса. Альянс – это первый этап работы, на котором осуществляется построение доверительных, продуктивных отношений между терапевтом и клиентом; он способствует достижению понятной и принимаемой обеими сторонами цели. Необходимыми условиями его достижения со стороны психотерапевта являются конгруэнтное, эффективное поведение, развитый навык эмпатического слушания (достаточный уровень присоединения к собеседнику, визуальный контакт, адекватный язык жестов, невербальное и вербальное следование рассказу собеседника); со стороны клиента – готовность работать в направлении желаемых перемен, преодолевая неизбежное сопротивление, возникающее вследствие душевной боли.

В современной психотерапевтической практике существует немало техник и инструментов создания и поддержания рабочего альянса, берущих начало в когнитивно-бихевиоральном, клиент-центрированном, психоаналитическом направлениях психотерапии, в трансактном анализе и пр. Основные, наиболее широко применяемые техники:

1. Техника структурирования взаимодействия в целом и отдельных его этапов. Обязательным представляется обозначение целей, задач, временных и материальных затрат, ожидаемых результатов каждой сессии, каждого этапа и психотерапевтического курса в целом; действий, которые предполагается предпринять для достижения цели, а также санкций в случае их невыполнения. Оговаривая вышеперечисленное, и пациент, и терапевт берут на себя определенные обязательства, заключая устный контракт.

2. Техника присоединения. Участники терапевтического процесса достигают различной степени

сближения на континууме: «отгороженность друг от друга», «формальный контакт с минимальным присоединением» — «присоединение для достижения продуктивного контакта» — «близость», «слияние». Чем больше присоединение друг к другу, тем глубже раскрываются собеседники. Терапевт осуществляет присоединение к темпу и высоте речи, фразам, устойчивым оборотам в соответствии с доминирующей репрезентативной системой. Также производит зеркальное копирование позы и движений клиента, частоты и глубины его дыхания, вследствие чего в теле терапевта появляются схожие мышечный тонус и зачастую эмоциональное состояние, что дает ему ясное понимание состояния клиента.

3. Техника персонализации. Для достижения близкого контакта важна персонализация, при которой терапевт обращается к подопечному по имени и отчеству, иногда без последнего, использует местоимения «вы», «ваше», стимулируя собеседника говорить «Я-предложениями», отражающими его опыт, трудности, проблемы.

4. Техника слушания. Владение данной технологией помимо внимания к вербальной части беседы предполагает умение наблюдать и адекватно трактовать невербальные сигналы собеседника, в частности мимику и жесты. Принято выделять три типа мимических сигналов: статические (определяются по цвету кожных покровов, разрезу глаз и другим признакам, зависящим от строения черепа, его расовых особенностей), медленные (передаются тонусом мышц, шрамами, морщинами, отеками лица и т. п.) и быстрые, или микровыражения (кратковременные, мимолетные мимические реакции, возникающие как первые реакции на стимул и передающие истинные чувства).

5. Техника задавания вопросов. Здесь необходимы такие умения, как сокращение до минимума количества необходимых вопросов, а также ясное чувствование своевременности открытых, полузакрытых, закрытых вопросов, вопросов-меню, вопросов-фильтров.

6. Техника молчания. Тишина и молчание во время беседы могут иметь разный смысл и значение. Молчание в начале сессии создает напряжение, концентрирует внимание на собеседнике и зачастую обозначает начало работы. Молчание в середине беседы помогает клиенту вспомнить, все ли сказано, все ли вопросы заданы; происходит восполнение ресурса, принимается решение о дальнейшей части взаимодействия. В конце беседы молчание подводит итог встречи.

7. Техника отражения чувств. Помогает клиенту выразить, отреагировать негативные чувства. Можно спрашивать о чувствах, которые вызывались теми или иными событиями; предлагать словесные конструкции, способствующие выражению чувств; добавлять свои слова и обороты, выражающие душевное состояние; проецировать значимые для собеседника эмоции на какое-либо третье лицо. Можно использовать приемы из любых психотерапевтических направлений, способствующих отреагированию.

8. Техника «сведения проблемы к внутриличностной». Позволяет подвести клиента к пониманию того, что появление проблемы и выход из нее зависят только от него, а не от каких-либо внешних факторов.

9. Техника отделения проблем от личности собеседника. Применяется при необходимости показать пациенту чуждость и чужеродность для него заявленной проблемы.

10. Техника упрощения проблемы. Помогает пациенту взглянуть на проблему максимально просто, выделить содержательное ядро и отбросить все второстепенное.

11. Техника доведения проблемы до ее завершения. Пациенту предлагается проиграть в воображении различные варианты разрешения проблемы путем доведения ее до полного завершения с целью показать, что оно может быть не столь трагично, что существует несколько путей решения. При этом многократное проигрывание проблемы в воображении снимает остроту переживаний.

12. Техника доведения проблемы до абсурда. Терапевт отражает заявленную проблему как нелепую, а действия людей — как вызывающие смех, так, чтобы собеседник сам начал смеяться над ней.

13. Техника расширения. Предназначена для более широкого рассмотрения возможностей, ресурсов, опыта клиента и работы с проблемой с использованием этих возможностей, поскольку система, позволяющая эффективно работать с проблемой, должна быть более широкой, чем система, ее породившая.

14. Техника интерпретаций. Интерпретация позволяет клиенту по-новому увидеть ситуацию, дает

возможность обрести альтернативное восприятие реальности. Интерпретация может изменить мысли, поведение, настроение собеседника, давая ему новые ресурсы.

15. Техника осознавания и удержания под контролем «трансфер-контртрансферной» связи. Влияние возникающих в процессе взаимодействий переносов на качество альянса велико. Поэтому терапевту необходимо обладать навыками отслеживания и прояснения этих моментов с клиентом. Позитивная трансферентная связь, при которой терапевт идентифицируется со значимой, уважаемой и авторитетной фигурой из прошлого пациента, поощряется как стимулирующая терапевтический альянс и комплаенс. Негативный трансфер также полезен для взаимного обсуждения и скорейшего понимания проблемных зон пациента, над которыми предстоит работать.

16. Техника самораскрытия терапевта. Построена на том, что терапевт делится личным опытом или сообщает клиенту о том, что он разделяет его чувства. Высказывания здесь основаны на «Я-предложениях» терапевта. Данный подход позволяет прийти к более близким отношениям с клиентом, помогает ему отреагировать эмоции, преодолеть чувство одиночества.

▸ *Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000; *Макаров В.В., Макарова Г.А.* Транзактный анализ — восточная версия. М.: Академический проект; ОППЛ, 2002; *Тучин П.В.* Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 2014; *Safran J.D., Muran J.C.* Has the concept of the alliance outlived its usefulness? Psychotherapy. 2006; 43: 286–91

Д.А. Верещагина, А.А. Кукшина

Транквилизаторы (лат. tranqillo — делать спокойным, безмятежным) — анксиолитические или атарактические средства — вещества, обладающие способностью устранять или смягчать невротические проявления, страх, тревогу, эмоциональное напряжение, расстройство сна. В народной медицине с давних времен используются такие успокаивающие травы, как валериана, пустырник, боярышник, мята, хмель и некоторые другие, получившие в настоящее время название фитотранквилизаторов. Позже с этой целью стали использоваться соли брома. В 1946 г. был синтезирован, а в 1955 г. внедрен в клиническую практику первый современный Т. — мепробамат. Однако наиболее значительным в истории Т. является 1960 г., начиная с которого стали применяться производные бензодиазепина (Рэндэл Л.О., Randall L.O.), превосходящие по эффективности все предшествующие им транквилизирующие средства и обладающие выраженным психотропным и сбалансированным с ним соматотропным действием, реализующимся, по-видимому, через нормализацию вегетативных нарушений (Руденко Г.М., 1983). Длительность лечения Т., в зависимости от особенностей состояния больного, варьирует от 3 до 12 недель. Большинство этих средств наряду с собственно транквилизирующим эффектом оказывают вегетотропное, мышечнорасслабляющее и противосудорожное действие (клоназепам, реланиум, элениум и др.). Подчеркивается положительное влияние Т. на психопатическую и психопатоподобную симптоматику, соматизированные расстройства, психофизиологические, психосоматические, конверсионные, тревожно-ипохондрические и другие синдромы. Препараты этой группы имеет право назначать только врач, который несет за свои назначения ответственность.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

В.Я. Гиндикин

Трансактный анализ (англ. transaction — сделка) — психотерапевтический метод, предложенный американским психиатром Эриком Берном (Eric Berne). Теория Т. а. содержит четыре основных раздела: 1) структурный анализ — теория личности, основным понятием которой является «Эго-состояние»; 2) Т. а. в узком смысле — теория социального действия, основное понятие которой («трансакция») дало название всему направлению; 3) анализ игр — манипулятивных межличностных взаимодействий, служащих для подтверждения установок, сложившихся у человека в ранний период развития; 4) сценарный анализ (скрипт-анализ) — теория личностного сценария, складывающегося нередко в результате родительского программирования.

Т. а. — теория, рожденная практикой и положенная в основу терапевтической системы, пригодной как для групповой, так и для индивидуальной тера-

пии. Сильной стороной Т. а. является установление общего языка с клиентом, облегчающего психотерапевтический контакт.

Методологической основой Т. а. является концепция Эго-состояний. Ей соответствует схема: «Родитель – Взрослый – Ребенок» (вступая во взаимодействие, Эго человека находится в одном из этих трех состояний). Эго-состояние «Родитель» обнаруживает себя в таких проявлениях, как контроль, запреты, идеальные требования, догмы, санкции, забота, могущество; содержит нормы и предписания, некритически усваиваемые индивидом как в детстве, так и на протяжении всей жизни и диктующие ему линию поведения. Эго-состояние «Родитель» содержит и автоматизированные формы поведения, сложившиеся прижизненно, избавляющие от необходимости сознательно рассчитывать каждый шаг. Различают две основные формы проявления «Родителя»: 1) «заботящийся» (советы, поддержка, опека и т. п.); 2) «контролирующий» (запреты, санкции и т. п.). Эго-состояние «Ребенок» – это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах: 1) «естественному Ребенку» свойственна склонность к веселью, живому движению, фантазии, импульсивности и раскованности; 2) «адаптированный Ребенок» (та часть личности, которая желает быть принятой родителями и боится отвержения с их стороны) представлен такими разновидностями, как «бунтующий» (против «Родителя»), «соглашающийся» и «отчуждающийся». Эго-состояние «Взрослый» включает в себя вероятностную оценку ситуации, рациональность, компетентность, независимость; функционирует «здесь и теперь» и независимо от прошлого, хотя и использует информацию, заложенную в «Родителе» и «Ребенке».

Важнейшим положением теории Эго-состояний является тезис о «переключении» или переходе активности от одного Эго-состояния к другому: один и тот же индивид в разных жизненных ситуациях может проявляться то как «Родитель», то как «Взрослый», то как «Ребенок» (в поведении и переживаниях индивида могут одновременно проявляться более чем одно Эго-состояние). Обмен стимулами – реакциями между Эго-состояниями общающихся людей Э. Берн назвал «трансакцией»; разработан анализ человеческого взаимодействия по этим элементарным составляющим, подразделяемым на три основных типа: 1) дополнительные трансакции – когда Эго-состояние, пославшее стимул, совпадает с Эго-состоянием, дающим ответ (например, «Сколько времени?» – «15.22» – трансакция «Взрослый» – «Взрослый»); 2) перекрестные трансакции – конфликтные взаимодействия, когда стимул посылается к одному Эго-состоянию, а отвечает другое (например, «Сколько времени?» – «Следовало бы иметь свои часы», т. е. «Взрослый» обращается к «Взрослому», а в ответ «Родитель» укоряет «Ребенка»); 3) скрытые трансакции, содержащие дополнительный психологический план взаимодействия (классический пример – муж на пыльном столе пишет пальцем: «Я тебя люблю»; открытый уровень этой трансакции – обращение «Ребенка» мужа к «Ребенку» жены, скрытый – «Родительский» выговор за непорядок; ответить может «Ребенок» жены – «Как это мило с твоей стороны», либо «Взрослый» жены – она начинает уборку в квартире, либо «Родитель» жены – «Вечно ты меня попрекаешь»). Причем в первом случае жена реагирует на открытый уровень, а в двух других – на скрытый; впрочем, возможно и сочетание – убрать все, оставив пыльное пятно, на котором приписать: «И я тебя люблю»).

Скрытые трансакции (включают более двух Эго-состояний) составляют тип человеческих взаимоотношений, названный Э. Берном «игры». Под игрой Берн понимал серию скрытых трансакций, содержащих некий «подвох» и сводящих общение к определенному, повторяющемуся раз за разом исходу, при которых один из взаимодействующих субъектов добивается психологического или иного преимущества над другим (выигрыша). В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Игры могут быть «хорошими», когда другой субъект не страдает от выигрыша первого, и «плохими», когда маневры и обманная стратегия первого субъекта приводят к ущемлению благополучия второго. Берн и его сотрудники типологизировали более сотни различных игр: «супружеские игры», «игры в кабинете врача», «игры преступного мира», «игры жизни» и т. д. Целью анализа игр является осознание игровых механизмов и избавление от деструктивных игр, альтернатива которым – истинный межличностный контакт, субъект-субъектные отношения, на языке Берна – близость (intimacy).

Изучая игры (а описано их было около 200), Э. Берн отметил, что игровое поведение служит для подтверждения давно принятых решений о том, как нужно существовать в этом мире. В основе многих игр лежат скрипты, или «скрипт-программы» жизненного пути человека, заложенные в него с раннего детства под воздействием социальных факторов и воспитания. Скрипты содержатся в Эго-состоянии «Ребенок», плохо осознаются и потому делают человека психически зависимым, несвободным. В результате программирующего влияния воспитывающего взрослого ребенок в ранний период своего развития принимает кардинальные решения, не подлежащие, как правило, существенному пересмотру в дальнейшем, на основе которых формируется сценарий всей жизни человека (сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть). Описан ряд типичных для клиентов психотерапевта сценариев: «сценарий Сизифа», «сценарий Красной Шапочки» и др.

Целью Т. а.-терапии является выведение клиента за пределы сценария и принятие им осознанных взрослых решений о том, как строить свою жизнь. Психотерапия, разработанная Берном на основе Т. а., призвана освободить человека от скриптов, программирующих его жизнь, через их осознание, через противопоставление им непосредственности, спонтанности, близости и искренности в межличностных отношениях, через выработку разумного и независимого поведения. Конечной целью Т. а. является достижение гармоничной, сбалансированной личности через гармоничные взаимоотношения между всеми Эго-состояниями.

В основе практики Т. а. лежит контракт, в котором оговариваются условия работы психотерапевта с клиентом.

В 70-е гг. ученики Э. Берна создали ряд ценных теоретических концепций и практических разработок. Клод Стайнер (Claude M. Steiner) и Роберт Гоулдинг (Robert L. Goulding) продолжили разработку сценарной теории, Ричард Эрскин (Richard G. Erskine), Петрушка Кларксон (Petruska Clarkson), Карло Мойсо (Carlo Moiso) и др. развивают теорию личности.

В Т. а. созданы также несколько психодиагностических методик. На основе предложенного Джоном Дьюзи (John Dusay) приема построения эограмм Н.Р. Хейер (Heyer N.R.) разработал опросник «Личностный профиль Эго-состояний». Кэтрин Б. Уильямс (Williams K.B.) разработала методику по «Контрольному списку прилагательных», а Ральф Дж. Тернер (Turner R.J.) предложил трансактную проективную рисуночную методику. Разработанные для диагностики Эго-состояний и их форм вербальные методики определяют развитость, «энергетическую наполненность» Эго-состояний и их форм. Несмотря на свою распространенность, эти диагностические методики подвергаются критике как клиницистами, так и теоретиками Т. а. за узкий подход, не учитывающий особенностей отношений между Эго-состояниями. Возможность более широкого подхода к диагностике Эго-состояния дает разработка проективных, в частности рисуночных, методик, а также метод трансактной реинтерпретации личных опросников (например, опросников Кэттела Р., MMPI и др.); в России В.А. Петровским предложен метод трансактной реинтерпретации личностных опросников.

В настоящее время Т. а. получил распространение не только в психотерапевтической практике, но и при обучении менеджеров, педагогов, социологов и др. Активно используется концепция Т. а. в социально-психологическом тренинге, в нейролингвистическом программировании и других современных направлениях практической психологии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко, В.К. Калиненко

Тренинг перцептивный (англ. training — обучение, подготовка, тренировка; от лат. perceptio — восприятие) — вид социально-психологического тренинга, направленный на развитие способности адекватного и полного познания себя, других людей и отношений, складывающихся в ходе общения. Получаемые в Т. п. новые сведения побуждают человека к переосмыслению сложившихся представлений о себе и о других людях, в конечном итоге побуждают к самосовершенствованию. В ходе занятий участники группы Т. п. получают информацию о том, как они выглядят в глазах других людей, как те или иные их действия, поступки воспринимаются ими. Такой обмен впечатлениями происходит в групповых дискуссиях, которые организует и направляет ведущий занятия психолог. Широко используются в Т. п. пси-

хогимнастические упражнения, а также приемы психодрамы.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Тренинг (психологический) (англ. train — тренировать, тренироваться) — один из ведущих методов практической психологии, опирающийся на ряд психотерапевтических и психокоррекционных методов, а также на активные методы обучения. Т. направлен на повышение общей, когнитивной и профессиональной компетентности каждого члена тренинговой группы, в том числе на развитие навыков самопознания, саморегуляции, общения, межличностного и межгруппового взаимодействия, профессиональных умений и т. п. Понятие «Т.» используется для обозначения широкого круга методик, основывающихся на самых различных теоретических подходах и принципах, при этом считается, что единой общепринятой классификации Т. не существует. Тем не менее появились теоретические работы, позволяющие классифицировать психологические Т. по ряду оснований; В.В. Никандров («Антитренинг», 2003), обобщив опыт и теоретические позиции многих психологов-практиков, предлагает осуществлять группировку Т. по следующим критериям.

I. По ведущей цели (конечному эффекту):

А. Психокоррекционный Т., который направлен «на изменение психической сферы человека с конечной целью совершенствования самосознания, поведения или профессиональной деятельности людей или групп». К этому виду Т. относятся: 1) психотерапевтический Т., нацеленный на разрешение внутриличностных конфликтов и кризисных состояний человека (изменение самосознания); 2) Т. личностного развития, направленный на совершенствование личностных качеств человека, оптимизацию его поведения и самореализацию (синоним — Т. личностного роста); 3) обучающий Т., нацеленный на приобретение знаний, умений и навыков в определенных областях социальной активности человека; 4) организационный Т., направленный преимущественно на совершенствование совместной деятельности в организации, ее подразделениях и получение организационного эффекта (совершенствование структуры, организации, улучшение социально-психологического климата, повышение профессиональной компетентности сотрудников и т. п.).

Б. Методический Т. — направлен на подготовку профессиональных специалистов-тренеров.

II. По конкретным задачам — сюда относится все многообразие конкретной тренинговой работы, соответствующей перечисленным выше целям: 1) психотерапевтические Т. — психодрама (Морено Дж.), группы встреч (Роджерс К.), гештальттерапия (Перлз Ф.), психоанализ, эстетотерапия (арт-терапия, музыкотерапия, танцевальная терапия, рисование, лепка, маскотерапия, кинотерапия, библиотерапия, сказкотерапия, телесная психотерапия (Александер Ф.), райхианская терапия (Райх В.), биоэнергетика (Лоуэн А.), различные релаксационные Т., логотерапия (Франкл В.), онтопсихология (Менегетти А.), психосинтез (Ассаджиоли Р.), трансактный анализ (Берн Э.), психотерапия трансактного синтеза (Петровский В.А.) и др.; 2) Т. личностного развития — Т. самопознания; уверенности в себе; самореализации личности; развития жизненных целей; развития интеллектуальных способностей; креативности; сенситивности; общения; социально-психологический; поведения и др.; 3) обучающий Т. — перцептивный Т.; коммуникативной компетентности; индивидуального стиля общения; жизненных (и других) умений; разрешения конфликтов; преодоления страхов; публичных выступлений; делового общения; переговоров; принятия решений; профессионального самоопределения; подбора персонала; продаж; родительских отношений; формирования имиджа; тайм-Т. (распределение времени); поведения в экстремальных ситуациях; 4) организационный Т. — Т. формирования команды, гармонизации социально-психологического климата, оптимизации управленческих структур, Т. взаимодействия в экстремальных ситуациях, Т. ведения предвыборных кампаний и т. п.

III. По типу объекта психологического воздействия: 1) работа с индивидом — обычно проводится в формате психотерапевтического Т. (например, психоаналитической направленности), реже — личностного Т.; 2) работа с искусственной экспериментальной группой — разновидность группового Т., когда члены группы изначально не связаны между собой никакой системой отношений, при этом на-

лаживание внутренних связей происходит в процессе Т. (например, группы встреч по К. Роджерсу, Т.-группы по К. Левину); 3) работа с реальной группой – как правило, это производственное подразделение, спортивная команда, семья, школьный класс и т. п. Для таких групп наиболее характерный вид Т. – организационный, при этом основная форма отношений в группе – межличностная; 4) работа с организацией – вид комплексной психологической работы с формализованной социальной организацией, имеющей юридический статус и выступающей заказчиком определенных психологических услуг. Комплексность услуг предполагает: а) работу по просвещению, обучению, диагностике, консультированию, социально-психологическому экспериментированию, проведению Т., организационно-деловых игр и пр.; б) возможность работы как в искусственных, так и в естественных условиях; в) работу как в групповой, так и в индивидуальной формах; г) работу с представителями разных функциональных (должностных) обязанностей и уровней; 5) работа с учебно-тренировочной группой – представляет собой тренинговую работу в контексте образовательного процесса.

IV. По числу участников объекта воздействия: 1) аутотренинг – Т., в котором роли ведущего (тренера) и обучаемого (тренируемого) совмещены в одном лице. Теоретически это может быть любой вид психокоррекции, выполняемый самостоятельно одним человеком. Но на практике имеется в виду основанная на самовнушении аутогенная тренировка; 2) индивидуальный Т. – психологическая тренировка одного человека, при которой психологическое воздействие идет от тренера к клиенту (пациенту); 3) групповой Т. – тренировка нескольких человек одновременно. Объем группы может колебаться в широком пределе: для семейной группы нижний предел – два человека, для остальных видов группового Т. это минимум четыре человека. Наиболее приемлемый размер группы – 8–15 человек. Численность группы может достигать и сотен человек, но тогда возрастает степень авторитарности в управлении групповыми процессами. По степени структурированности различают три уровня групповой работы: а) собственно групповую (2–15 человек); б) коллективную; в) массовую. Коллективная – разновидность группового Т., ориентирована на преимущественное использование горизонтальных связей, при которых влияние партнеров по группе на каждого ее члена имеет вес больший, чем влияние тренера. Именно групповые эффекты, связанные со взаимовлиянием членов группы друг на друга, предопределили развитие этой формы тренинговой работы. Массовая разновидность групповой психологической работы характерна для больших слабоструктурированных (как правило, стихийных) групп (например, толпа, болельщики на стадионах, зрительская аудитория и т. п.). При этом ведущие приемы психологического воздействия по вертикали – подражание, по горизонтали – заражение, высшие формы воздействия – разъяснение и убеждение здесь малоэффективны.

V. По числу ведущих (тренеров): 1) без ведущего – форма психокоррекционной работы, осуществляемая собственными силами людей, стремящихся к определенным психологическим изменениям своей личности и поведения (группы взаимопомощи); 2) с одним ведущим – работа по определенной тренинговой программе, когда один ведущий осуществляет ее от начала до конца; 3) с несколькими ведущими; 4) с «искусственным ведущим» – работа по самосовершенствованию, осуществляемая индивидом или группой самостоятельно по инструкции или с помощью ЭВМ.

VI. По временному режиму: 1) кратковременный, разовый (от 2 до 12 часов); 2) цикличный, многоразовый (число занятий от 2 до 20, продолжительностью от 4 до 10 часов в зависимости от типа решаемых задач); 3) «марафон» – круглосуточное психокоррекционное занятие в течение нескольких дней; 4) длительный – ведется в течение ряда месяцев и даже лет (например, личностное развитие ребенка, консультативное сопровождение клиента, психоаналитическая терапия).

VII. По типу руководства:

А. Общестратегический подход: 1) директивный Т., в определенной степени манипулятивный, поскольку участники Т. обязаны строго следовать указаниям ведущего, инициатива допускается только в разрешенных пределах; 2) недирективный Т. – часть полномочий по управлению группой передается ее членам, что создает благожелательную атмосферу и стимулирует партнерские отношения.

Б. Стиль руководства: 1) авторитарный (доминирующий) – стиль управления группой, при котором тренер стремится максимально подчинить

своему влиянию партнеров по общению, обычно осуществляется в рамках директивного Т. с жестко структурированными задачами; 2) демократический (коллегиальный) стиль, используя который тренер способствует активности, творчеству, взаимной открытости членов группы друг другу; 3) популистский (либеральный) – стиль, при котором управление группой не регламентировано и зависит от складывающихся обстоятельств и отношений в группе.

VIII. По техническому обеспечению: 1) безаппаратурный Т.; 2) аппаратурный Т. – ведется с использованием аудио- и видеоаппаратуры, игровых средств, ЭВМ и др.

IX. По составу (контингенту) объекта воздействия:

А. По однородности состава: 1) работа с однородной, сплоченной (гомогенной) группой; 2) работа с неоднородной по составу, полу, возрасту, уровню образования и т. п. (т. е. гетерогенной) группой.

Б. По возрасту: детские и взрослые группы.

В. По полу: женские, мужские и смешанные группы.

Г. По степени знакомства участников друг с другом: группы незнакомых, слабо знакомых и хорошо знакомых.

Д. По состоянию психического здоровья: 1) работа со здоровыми клиентами; 2) работа с клиентами, имеющими психические расстройства в пределах медицинской нормы (например, акцентуации); 3) работа с пациентами (больными).

Е. По специфике структуры группы (внутренние и внешние связи): Е1. По внутренним связям: 1) Т. семейных отношений; 2) межличностных отношений (дружественных, враждебных, любовных и пр.); 3) профессиональные; 4) с лечебными группами; 5) с неспецифическими группами. Е2. По внешним связям: 1) открытые группы; 2) закрытые (корпоративные) группы.

Ж. По роду ведущей социальной деятельности участников: 1) работа с предпринимателями; 2) руководителями и менеджерами; 3) государственными служащими; 4) политиками и общественными деятелями; 5) учащимися; 6) педагогами; 7) врачами; 8) торговыми работниками; 9) специалистами по связям с общественностью (public relations, PR); 10) населением (без профессиональной специфики) и т. д. Социальная и профессиональная специфика тренинговой группы требует от тренера адекватных методов и приемов работы с ней.

Предложенная В.В. Никандровым классификация видов Т. отражает их сущностную природу, а именно целенаправленность, осознанность, осуществимость и способность решать поставленные задачи психотерапевтическими средствами, т. е. их эффективность. При всем разнообразии Т. и их теоретических оснований В.В. Никандров выделяет пять основных принципов, которые отличают (по мнению автора) тренинговый метод от других психологических методов. К этим базовым принципам относятся: 1) повышенная активность членов группы, включающая, в свою очередь, частные принципы – персонификации, равенства всех членов группы и исследовательский подход; 2) игровой характер, использующий принцип моделирования реальных жизненных ситуаций; 3) обучающая направленность, включающая принцип новизны и принцип «не навреди»; 4) систематическая рефлексия, основанная на принципах обязательной обратной связи, релевантности, доверительности, конфиденциальности. При этом принцип обратной связи предусматривает определенные условия своего применения: констатирующий характер высказываний (исключающий назидательность, иронию и оценочность), их конкретность, конструктивность и актуальность; 5) групповая форма проведения, которая предполагает: а) свободу принятия решения об участии в тренинге или отказе от участия на любом его этапе (принцип добровольности); б) осведомленность о целях, процедурах и ожидаемых результатах Т. (принцип информированности); в) отбор ведущим тренером в группу Т. людей, которым не противопоказана работа в Т. данного вида, и последующий мониторинг состояния группы в целом и каждого из ее участников отдельно с целью предупреждения нежелательного развития событий и психотравмирующих ситуаций (принцип диагностики).

Значение Т. в системе образования, психотерапевтической и психокоррекционной работы неуклонно возрастает, поскольку эффективность Т., по сравнению с другими подходами к обучению и совершенствованию навыков, уже доказана практикой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.А. Карпенко

Тренинг прививкой стресса — психотерапевтический прием в рамках когнитивной психотерапии. Процедура его проведения заключается в том, что пациент, после овладения новыми способами осознания и оценивания происходящих с ним событий, помещается в типичные стрессогенные ситуации, которые моделируются психотерапевтом в контролируемых условиях и которые раз от раза все более усложняются. Данный прием имеет распространение прежде всего при лечении страхов и при устранении реакций гнева или агрессии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Тренинг уверенности (англ. training — обучение, подготовка, тренировка) — метод психотерапии для развития навыка межличностных отношений, при которых клиент может четко формулировать свои потребности, уверенно говорить «нет» и уметь заниматься своим делом, несмотря на помехи.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Тренировка аутогенная (в психологии спорта) — техника самовнушения (психического самовоздействия), позволяющая спортсменам самостоятельно регулировать свое психофизиологическое состояние.

Впервые механизмы самовнушения в практических целях были изучены французским аптекарем Э. Куэ в начале XX в., тогда как систематическое применение аутогенной тренировки (АТ) в клинической практике начал осуществлять немецкий терапевт Иоганн Шульц в 1930-х гг.; именно его работы положили начало широкому применению данной техники в различных областях психологической работы, в том числе и в спортивной психологии.

Классический вариант АТ И. Шульца состоит из серии упражнений, стимулирующих возникновение физических ощущений теплоты и тяжести, которые, в свою очередь, можно отнести к низшей или высшей ступени АТ. Задача упражнений низшей ступени — снятие нервного напряжения, успокоение и нормализация функций организма. Упражнения высшей ступени призваны погрузить человека в особое состояние, так называемую аутогенную медитацию, в ходе которой, по мнению И. Шульца, должно происходить самоочищение организма от болезни. «Моя правая рука тяжелая», «Моя правая рука расслаблена, я ощущаю в ней тепло», «Я спокоен», «Я расслаблен», «Мое сердце бьется спокойно», «Мой лоб холодный» — примеры типичных вербальных стимулов, используемых в программе классической АТ (Ильин Е.П., 2009). Источником самовоздействия в АТ является самосознание, центр которого находится в «Я» (Волков И.П., 2002). Словом «Я», первого лица, единственного числа, произносимым на выдохе, человек обозначает реальное существование источника самовнушения (самовнушения состояний вялости, тепла и тяжести в мышцах). Имманентная связь «Я-образа», слитого с «образом тела», ощущается на выдохе; отсюда влияние «Я» на другие психофизиологические состояния человека.

В практике отечественного спорта техника АТ была впервые использована Л.Н. Радченко при подготовке борцов к соревнованиям в 1962 г. Процедура АТ, применявшаяся на том этапе развития спортивной психологии, подробно описана в литературе (Радченко Л.Н., Гиссен Л.Д., Филатов А.Т., Марищук В.Л., Генова Е., Горбунов Г.Д., Родионов А.В. и др.).

Современная психология спорта использует не классический вариант АТ И. Шульца, а ее модифицированные и дополненные версии, учитывающие особенности протекания спортивной деятельности (Сопов В.Ф., 2002). Практика показала, что применение классической АТ И. Шульца в спорте не только не дает нужного эффекта, но может в какой-то степени и навредить спортсмену. Прежде всего, эффективное применение классической АТ требует огромных временных затрат; считается, что для овладения низшей ступенью классической АТ требуется не менее трех месяцев ежедневных занятий по 10–30 минут, тогда как на обучение высшей ступени уходит не менее 8 месяцев ежедневных занятий. В то же время известно, что тренировочный план современных спортсменов не терпит слишком продолжительных сроков обучения. Также показано отрицательное влияние некоторых вербальных стимулов (формул) И. Шульца. Так, если классический вариант АТ требует постоянной фиксации внимания субъекта на различных ощущениях тяжести (например, тяжесть в мышцах), которые не были существенны для пациентов И. Шульца, то техника АТ, используемая в спорте,

исключает подобные вербальные стимулы ввиду их вреда для спортсменов. Кроме того, классический вариант АТ предполагает одностороннюю направленность, а именно понижение уровня бодрствования субъекта, что, по-видимому, было также необходимо И. Шульцу при работе с больными. Однако этого недостаточно при работе со спортсменами, которым помимо релаксации нужна направленность эффекта в сторону активизации, в сторону повышения уровня бодрствования для выполнения таких задач психологической подготовки, как настрой на предстоящую деятельность, регуляция тревоги, преодоление страха, повышение концентрации внимания на том или ином техническом элементе или этапе соревнования и т. п.

▸ *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2009; Практикум по спортивной психологии / Под ред. И.П. Волкова. СПб.: Питер, 2002; *Сопов В.Ф.* Психическая саморегуляция в физической культуре и реабилитации. Самара, 2002; Спортивная психология в трудах отечественных специалистов: хрестоматия / Под ред. И.П. Волкова. СПб.: Питер. 2002

А.Е. Горовая

Тренировка идеомоторная (в психологии спорта) – мысленное выполнение конкретных движений для отработки техники их исполнения (Найдифер Р.М., 1979). В спортивной психологии термин «идеомоторная тренировка» нередко используется в качестве синонима для обозначения мысленной тренировки; однако не следует их смешивать. Т. и., являясь в остальном во многом сходной с мысленной, ограничена использованием образов движений. Более того, идеомоторным называется лишь такое представление, при котором мысленный образ движения обязательно связан с мышечно-суставным чувством спортсмена (Алексеев А.В., 2003). «Прокручивая» в уме какой-либо двигательный элемент, спортсмен как бы невольно делает его; именно поэтому использование образов движений помогает спортсменам быстрее освоить правильную технику и способствует исправлению ошибок.

Образ движения (представление движения) вызывает само движение, что проявляется в идеомоторных актах – микродвижениях мышц, ответственных за выполнение данного движения в целом. Подобные процессы были известны ученым еще в XVII в., но экспериментально идеомоторные акты стали изучаться значительно позже. В конце XIX в. У. Карпентер описал идеомоторный принцип, согласно которому в ходе представления движения возникает локализованная мышечная активность, более слабая по величине, но идентичная по характеру мышечной активности при действительном выполнении движений. Свое дальнейшее развитие данная идея получила в работах К. Старта и А. Ричардсона (1964), исследования которых, в свою очередь, положили начало так называемым психонейромышечным теориям в психологии спорта. В основе данных теорий лежит предположение о том, что эффективность применения образов движений обусловлена обратной связью, идущей от кратковременного мышечного возбуждения (по характеру идентичного тому, которое порождается в ходе действительного выполнения движений), возникающего в ходе мысленного представления человеком выполнения движения. Правомерность психонейромышечной теории подтверждается целым рядом данных, полученных в результате проведения исследований с использованием электромиографии (ЭМГ) – метода исследования биоэлектрических потенциалов, возникающих в скелетных мышцах при возбуждении мышечных волокон. Так, Т. Венер, С. Фогт и М. Стадлер (1984) распределили испытуемых по группам: группу реально тренирующихся, группу «идеомоторной тренировки» и контрольную группу. Было показано, что ЭМГ испытуемых из группы «идеомоторной тренировки» обладает сходными временными и частотными характеристиками с ЭМГ группы «реальной тренировки», но не с контрольной группой.

Вопрос о психофизиологических механизмах феномена Т. и. подробно раскрывается Л. Пиккейнхайном, в основе работ которого лежат теория функциональных систем и принципы построения двигательного акта, предложенные Н.А. Бернштейном и П.К. Анохиным. Л. Пиккейнхайн утверждает, что, несмотря на отсутствие обратной информации о реальном выполнении движений при его идеомоторном воспроизведении, «неоспоримый эффект от идеомоторной тренировки» объясняется гипотезой о существовании так называемых внутренних обратных связей, которые являются общими и для реального, и для воображаемого движения. Специфической особенностью обратных связей идеомоторного дви-

жения выступает зависимость объема включенных во внутреннюю реализацию действия уровней от «оживленности» и «близости к реальности» воображаемых движений. Кроме того, важными с точки зрения указания на принципиальное сходство механизмов осуществления реального и мысленного движения являются факты, говорящие о включенности в программы воображаемого действия также и вегетативного компонента, например изменения частоты дыхания у испытуемых в процессе мысленного выполнения движений с заданной частотой в зависимости от изменения частоты движения (Белкин А.А., 1983).

Для того чтобы Т. и. сработала предельно эффективно, спортивные психологи советуют выполнять следующие правила:

1) мысленное представление движения должно быть настолько похожим на реальное движение, насколько это возможно. Спортсмен должен испытывать все те же ощущения, что и при выполнении реального элемента. Другими словами, чем ярче и полнее представляет человек желаемое движение, тем легче и точнее оно воспроизводится затем в реальной спортивной деятельности. Психологи рекомендуют спортсменам стараться, чтобы в ходе выполнения движений в уме у них возникало напряжение в тех мышцах, которые реализуют эти движения в ходе их реального физического выполнения. Как правило, в начале работы с техникой Т. и. у спортсменов почти или совсем не возникают соответствующие мышечно-суставные ощущения, сопровождающие реальное исполнение данного движения. В таких случаях специалисты (Алексеев А.В., 2003) рекомендуют начать использовать образы в сочетании с имитациями, а именно при работе над каким-либо техническим элементом мысленно представлять его лучше в той позе, которая наиболее близка к реальному положению тела в момент выполнения этого элемента; известно, что имитация подготавливает к выполнению того или иного трудного движения. Имитируя, спортсмен помогает формированию более четкого представления о нужном ему техническом элементе;

2) необходимо мысленно представлять успешное выполнение отрабатываемых движений и комбинаций, представлять идеальное техническое исполнение элементов;

3) необходимо стараться не представлять неудачные варианты исполнения движений;

4) при разучивании нового элемента спортивной техники или для анализа появившихся ошибок в его выполнении лучше представлять его в замедленном темпе, точно так же, как при замедленном показе видео;

5) при отработке элементов и комбинаций представлять движение необходимо в том же темпе, в котором оно обычно выполняется в реальности;

6) в каждом конкретном движении нужно выделить «опорные элементы» и подобрать к ним «ключевые слова» (Алексеев А.В., 2003);

7) одна сессия (занятие) Т. и. не должна длиться более 20 минут. Т. и. принесет ощутимый эффект, если делать ее не реже 3–4 раз в неделю;

8) Т. и. должна быть построена с учетом индивидуальных особенностей воображения спортсмена. Н.В. Цзен и Ю.В. Пахомов (1999), описывая особенности применения образов движения, т. е. Т. и., подчеркивают, что она, как правило, малоэффективна в тех случаях, когда из поля зрения тренера (или психолога) выпадает очевидный факт: целесообразность использования идеомоторных упражнений при подготовке к соревнованиям в значительной мере зависит от психологической индивидуальности спортсмена, прежде всего от особенностей его воображения. Известно, что по способам ориентировки в пространстве людей можно условно разделить на две категории: 1) для одних решающее значение имеют зрительные ориентиры; 2) для других — мышечные ощущения и чувство направления силы тяжести. Первые при мысленном выполнении действий опираются в основном на зрительные представления, в то время как вторые — на двигательную память и воображаемые ощущения движений. Естественно, что у спортсменов с различным типом ориентировки в пространстве особенности применения мысленной тренировки будут существенно отличаться. Представляя себе различные движения, люди с двигательным типом ориентировки не столько видят эти движения, сколько чувствуют их своим телом, ощущают себя выполняющими их; обладая такой особенностью, спортсмен может продуктивно использовать мысленную тренировку для овладения новыми для него движениями и совершенствования своей двигательной координации. Спортсмену же со зрительным типом ориентировки Т. и. может помочь преимущественно при запоминании сложных комбинаций уже знакомых ему движений. Кроме того, сами образы движений

также могут быть разделены на два типа по критерию перспективы, с которой они формируются, а именно: с точки зрения перспективы образы бывают либо внутренними (когда спортсмены видят что-то как бы своими глазами), либо внешними (когда видят себя как бы со стороны). Усилия исследователей, пытавшихся определить наиболее эффективный вид перспективы (внутренней или внешней), привели к пониманию необходимости брать в качестве точки отсчета специфику деятельности, т. е. специфику спорта. Спортсмены могут использовать одну или обе перспективы в зависимости от специфики своей деятельности или цели Т. и. Использование внутренней перспективы образов наиболее эффективно в работе с двигательными навыками такого типа, обучение и выполнение которых в значительной мере зависит от наличия представления о технике их успешного выполнения, тогда как использование внешней перспективы более пригодно для работы с двигательными навыками так называемого открытого типа (opened skills) (Крейг Холл). Как правило, «закрытый тип» (closed skills) навыков преобладает в индивидуальных видах спорта, в которых окружающая обстановка изменяется не столь быстро в сравнении с командными видами спорта, где преобладает нестабильная, постоянно меняющаяся обстановка, во многом диктующая, когда и как будет выполнен навык.

На повестке дня использование Т. и. в лечебной физкультуре, в работе с пациентами, для которых условия не позволяют выполнять реальные оздоравливающие движения.

▸ *Алексеев А.В.* Преодолей себя. М.: Физкультура и спорт, 2003; *Белкин А.А.* Идеомоторная подготовка в спорте. М., 1983; *Найдиффер Р.М.* Психология соревнующегося спортсмена / Пер. с англ. канд. психол. наук А.Н. Романина. М.: Физкультура и спорт, 1979; *Цзен Н.В., Пахомов Ю.В.* Психотренинг: игры и упражнения. Независимая фирма «Класс», 1999; *Пиккенхайн Л.* Нейрофизиологические механизмы идеомоторной тренировки // Вопросы психологии. 1980. № 3; *Hall C.R., Stevens D.E., Paivio A.* The Sport Imagery Questionnaire: Test manual. Morgantown, WV: Fitness Information Technology. 2005; *Start K., Richardson A.* Imagery and mental practice // British Journal of Education Psychology. 1964. № 34; *Wehner T., Vogt S., Stadler M.* Task-specific characteristics during mental training // Psychological Research. 1984. № 46

А.Е. Горовая

Тренировка мысленная (в психологии спорта) — техника психологической подготовки спортсменов, предполагающая мысленную репетицию спортсменом задания, имеющего конкретную обучающую цель; достижение последней происходит без осуществления спортсменом каких-либо внешне наблюдаемых движений (Corbin C., 1972). В литературе по спортивной психологии обнаруживается множество синонимичных терминов: «метод мысленных повторений», «умственная тренировка», «мысленная тренировка», «образное повторение», «ментальная тренировка», «визуализация», «зрительно-моторное повторение поведения» и многие другие (McAvinue L.P., Robertson I.H., 2008). Все они, так или иначе, подразумевают различные варианты мысленного повторения определенных движений и действий, которые спортсмен либо совершал в прошлом, либо собирается совершить в будущем (Найдиффер Р.М., 1979). Так, Г. Ридер (1982), западногерманский спортивный психолог, считает, что Т. м., с одной стороны, является как бы самопрограммированием эталонного образа предстоящей соревновательной деятельности, т. е. мысленным переживанием возможных целостных ситуаций соревнования, а с другой — используется для детализации знаний об интересующих элементах движения.

И.П. Волков (2002) предлагает использовать более специфический вариант Т. м. — так называемый ментальный имаготренинг (англ. image — образ, изображение). Данный вариант метода, по мнению автора, «позволяет спортсмену создать в своем уме нужную картину предстоящих действий, представить себя в желаемом образе, спроектировать этот образ в будущее, вжиться в него. Для этого и существует имаготренинг и его групповые варианты — психодрама и социодрама, что помогает изобразить и пережить себя тем, кем желаешь, перевоплотиться в образ. Принятая «маска-образ» создает спортсмену эффект «психологической защиты» и делает его недосягаемым для соперников уже на старте. Поясняя суть этого утверждения, автор приводит несколько примеров: «Известно, что мировой рекордсмен по спортивному плаванию Марк Спитц использовал в своей имаготренировке образ прыгающего со стартовой тумбочки тигра, а другой рекордсмен мира, австралиец Холландер, отождествлял себя в

своей ментальной тренировке и на соревнованиях с образом маленькой рыбки, пугливо убегающей от желающей проглотить ее акулы» (Волков И.П., 2002. С. 245).

Термин «Т. м.» иногда используется в качестве синонима для обозначения идеомоторной тренировки. Однако идеомоторная тренировка, являясь во многом сходной с мысленной, ограничена использованием мысленных образов движений. Мысленная же тренировка может вообще не содержать образных представлений (например, в случае использования техники внутреннего диалога), однако в работах по спортивной психологии включение образа в процесс мысленного повторения предполагается, о чем упоминается в литературе, что используется на практике. Так, А. Алексеев, разработавший известную систему АГИМ («ауто-гипно-идео-моторика»), внутри нее также предлагает работать с особенностями образных представлений спортсменов. Обобщая, можно говорить о различении автором мысленных образов, связанных с ощущениями в самочувствии (т. е. с личными ощущениями спортсмена), образных представлений в сфере движений (которые требуют представление идеального выполнения данного движения), а также образных представлений ситуаций, в которых выступление спортсмена было наиболее удачным. Применительно к спортивной психологии образные представления, так называемые спортивные мысленные образы (sport imagery), как правило, рассматриваются исследователями как мысленное создание или воссоздание спортсменами каких-либо переживаний, например определенных действий или ситуаций. Данные переживания содержат квазисенсорные, квазиперцептивные и квазиэмоциональные составляющие, они находятся под сознательным контролем системы формирования образа и могут возникать в отсутствие стимульных условий, обычно сопровождающих реальное восприятие (Vealey R., Greenleaf C., 2001). М. Денис (Denis M., 1985) обращал внимание на так называемые динамические и продуктивные свойства образов, подчеркивая, что образы не сводятся к воспроизведению только статических объектов, но охватывают и движущиеся, изменяющиеся объекты, динамические события. Возможности использования образов не ограничиваются восстановлением объектов или ситуаций, воспринятых в прошлом (недавнем или далеком прошлом), они также могут быть обращены к еще не произошедшим объектам или ситуациям. В этом смысле образы позволяют человеку предупреждать будущее (или хотя бы теоретически возможные события). Образные представления спортсменов не ограничиваются только лишь зрительной перспективой (как можно было бы подумать исходя из широко используемых в спортивной психологии различных вариаций терминов «мысленная картина» или «мысленный взор»), а несут в себе мультисенсорную информацию (Moran A., 2004). Так, Л. Харди, Г. Джонс и Д. Гоулд (1996), стремясь избежать сужения содержания понятия, определяют образ обобщенно, как «символическое сенсорное переживание, которое может происходить в любой сенсорной модальности» (Hardy L., Jones G., 1996).

В самом общем виде понятие «Т. м.» охватывает довольно большой круг различных психорегулирующих воздействий, связанных с восприятием, представлением и формированием образа в широком смысле этого слова (Родионов А.). В настоящее время большинство специалистов сходятся во мнении, что использование Т. м. является эффективным средством подготовки спортсменов, более того, в литературе по спортивной психологии представлено достаточное количество примеров построения специальных комплексных программ, в основе которых лежит применение данной техники (Morris T., Spittle M., Watt A., 2005). В рамках данных программ Т. м. рассматривается как своего рода целенаправленный и системный процесс, требующий поэтапного освоения, в противовес спонтанному и единичному использованию спортсменами мысленных образов, или образных представлений. Специалисты выделяют несколько ключевых факторов, влияющих на эффективность применения подобных комплексных программ психологической подготовки (с использованием в качестве основы техники Т. м.) для улучшения результатов спортивной деятельности: 1) скорость выполнения движения в мысленном плане; 2) содержание мысленного образа; 3) личностные характеристики спортсмена; 4) оптимальное количество и продолжительность сессий Т. м. Важно понимать, что учет данных факторов – одно из нескольких

важнейших условий реализации программ Т. м. в работе со спортсменами.

Использование Т. м. в медицине, здравоохранении имеет перспективу (так, специально сформированные у пациента образы могут способствовать его психологической подготовке к предстоящему обследованию, операции, пр., позволяя подготовиться к возможным событиям).

▸ *Алексеев А.В.* Преодолей себя. М.: Физкультура и спорт, 2003; *Найдиффер Р.М.* Психология соревнующегося спортсмена / Пер. с англ. канд. психол. наук А.Н. Романина. М.: Физкультура и спорт, 1979; Практикум по спортивной психологии / Под ред. И.П. Волкова. СПб.: Питер, 2002; *Ридер Г.* Прикладная психология спорта // Психология и современный спорт: междунар. сб. науч. работ по психологии спорта / Сост.: А.В. Родионов, Н.А. Худадов. М: Физкультура и спорт, 1982. С. 336–345; *Родионов А.В.* Самоконтроль физического «Я» в процессе психической регуляции // Телесность как социокультурный феномен: опыт междисциплинарного анализа: тезисы докл. Междун. конф. (Москва, 28–29 апр., 2009). М., 2009; *Corbin C.* Mental practice // In Ergogenic aids and muscular performance. 1972; *Denis M.* Visual imagery and the use of mental practice in the development of motor skills // Canadian Journal of Applied Sport Science. 1985. № 10; *Hardy L., Jones G., Gould D.* Understanding psychological preparation for sport: Theory and practice of elite performers. West Sussex, England: Wiley, 1996; *McAvinue L.P., Robertson I.H.* Measuring motor imagery ability: A review // European journal of cognitive psychology. 2008. № 20; *Moran A.* Sport and Exercise Psychology: A critical introduction. Hove, England: Routledge, 2004; *Morris T., Spittle M., Watt A.* Imagery in sport. Champaign, IL, 2005; *Vealey R., Greenleaf C.* Seeing is believing: Understanding and using imagery in sport // In Applied sport psychology: Personal growth to peak performance (4th ed.) / J. Williams (Ed.). CA., 2001

А.Е. Горовая

Тренировка психомышечная (в психологии спорта) – техника регуляции функциональных состояний спортсменов, основанная на методе «прогрессивной мышечной релаксации» Э. Джекобсона (Ильин Е.П., 2009; Леонова А.Б., Кузнецова А.С., 2007; Сопов В.Ф., 2002). Психомышечная тренировка (ПМТ) опирается на два основных механизма: 1) достижение дремотного, сноподобного состояния («аутогенного погружения», по И.Г. Шульцу), в котором головной мозг обретает повышенную восприимчивость к вводимой в него информации; 2) концентрация спокойного внимания на той задаче, которую предстоит решить. ПМТ развивает умение спортсмена самостоятельно оперировать заранее отобранными мысленными образами, помещенными в фокус спокойного внимания, при сохранении сноподобного состояния головного мозга, что составляет сущность процесса самовнушения и основу практически всех методов психической саморегуляции (аутогенная тренировка, психорегулирующая тренировка и т. п.) при различии способов достижения дремотного состояния и спокойного сосредоточенного внимания. Так, успокаивающая часть ПМТ (в отличие от психорегулирующей тренировки) содержит всего 12 формул, число которых сокращается сначала до 7, а затем до 2. Кроме того, для овладения базовым вариантом ПМТ требуется вдвое меньше времени, чем при обучении психорегулирующей тренировке (5–7 дней). В ПМТ погружение в сноподобное состояние достигается за счет последовательного расслабления, согревания, а затем и обездвиживания отдельных групп скелетных мышц: рук, ног, туловища, шеи и лица. Сноподобное состояние формулируется как «состояние приятного (глубокого) покоя». Спортсмен, достигший данного состояния, должен мысленно «видеть» гладкий и неподвижный экран какого-либо успокаивающего цвета, например светло-голубого, светло-зеленого или светло-серого. Как правило, на первых этапах по «экрану» могут мелькать различные черточки, точки, линии, пятна, а сам он нестабилен – двигается или меняет свой цвет; считается, что это признаки отсутствия состояния полного самовнушенного покоя головного мозга. Стабильный «экран» является своеобразным сигналом, свидетельствующим о том, что мозг достиг нужной степени погружения в сноподобное состояние, а значит, спортсмен готов решать конкретные задачи через самовнушение.

▸ *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2009; *Леонова А.Б., Кузнецова А.С.* Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007; *Сопов В.Ф.* Психическая саморегуляция в физической культуре и реабилитации. Самара, 2002

А.Е. Горовая

Тренировка психорегулирующая (в психологии спорта) — техника регуляции функциональных состояний спортсменов (Горбунов Г.Б., 1976; Леонова А.Б., Кузнецова А.С., 2007; Сопов В.Ф., 2002). По своей сути психорегулирующая тренировка (ПРТ) является модификацией аутогенной тренировки, разработанной специально для нужд спорта. ПРТ разрабатывалась начиная с 1966 г. Л.Д. Гиссеном и А.В. Алексеевым на базе лаборатории психологии ВНИИФК (Ильин Е.П., 2009). ПРТ решает следующие задачи: 1) предупреждает наступление утомления, обеспечивает восстановление (улучшение функционального состояния спортсмена); 2) формирует правильное представление о выполнении спортивных движений (улучшает техническую подготовку); 3) позволяет осмыслить варианты действий в различных соревновательных ситуациях (улучшает тактическую подготовку).

В ПРТ выделяют две основные части: успокоение и мобилизация. Именно наличие этих двух противоположно направленных по своему действию частей и отличает ПРТ от аутогенной тренировки в варианте И. Шульца; в ПРТ отсутствуют вербальные стимулы (формулы), вызывающие чувство тяжести: все формулы направлены на регуляцию нервно-психического состояния через воздействие на мышечно-суставной аппарат, в котором спортсмены хорошо ориентируются. Как успокаивающая, так и мобилизующая части ПРТ реализуются посредством специально разработанных формул самовнушения (например, «Я успокаиваюсь... Круг моего внимания сужается... до границ моего тела... Чувствую и контролирую только самого себя... Чувствую и мысленно вижу свое лицо» или «Мой организм набрался сил... Уходит чувство тепла и расслабленности из всех моих мышц... Все мои мышцы становятся легкими и упругими... Мое внимание на моем лице... Мышцы моего лица подвижны... Сонливость рассеялась... Я все бодрее и бодрее»). Спортсмену, только начинающему осваивать данную технику, необходимо дважды мысленно проговаривать формулы вслед за специалистом; спортсмен должен чувствовать и мысленно видеть все то, о чем говорится в формулах (простое, безучастное повторение фраз не даст ожидаемого эффекта). Считается, что каждый спортсмен должен в ходе занятий создать и использовать впоследствии свои образы, навязывание определенных образов неприемлемо. Однако, как правило, в ходе предварительных консультаций психолог предоставляет спортсмену наиболее удачные примеры образов, которые возникают у других спортсменов. На первоначальном этапе работы с ПРТ спортсмену, как правило, предлагают использовать до 40 формул, тогда как уже через неделю ежедневных занятий (каждое длительностью 40–45 минут) количество используемых формул может быть сокращено вдвое, а к завершению курса обучения ПРТ спортсмен оказывается способен эффективно использовать ПРТ, состоящую всего из 6 формул. Количество и содержание формул итоговой ПРТ индивидуально для каждого спортсмена (Ильин Е.П., 2009).

▸ *Горбунов Г.Б.* Учитесь управлять собой! Л., 1976; *Ильин Е.П.* Психология спорта. СПб.: Питер, 2009; *Леонова А.Б., Кузнецова А.С.* Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2007; *Сопов В.Ф.* Психическая саморегуляция в физической культуре и реабилитации. Самара, 2002

А.Е. Горовая

Тренировка решения проблем — один из приемов поведенческой психотерапии, помогающий человеку справиться с проблемой путем ее выявления, выработки альтернативных решений, их оценки, действий в соответствии с одним из них и вынесения заключительной оценки эффективности предпринятой попытки решения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Убеждение (в психотерапии) — метод психологического воздействия на сознание клиента посредством изменения его прежних суждений; составляет основу рациональной психотерапии. Психотерапевт в соответствии с поставленной задачей производит отбор фактов и логически их упорядочивает, с тем чтобы подвести пациента к нужным выводам.

Переубеждение (персуазия) — процесс замены (изменения, переделки, трансформации) ранее сформированного У. новым под влиянием дополнительной или разъясняющей информации.

Воздействие У. усиливается, если сопровождается эмоциональным влиянием. Авторитет личности психотерапевта усиливает суггестивный элемент У. В.М. Бехтерев (1911), описывая метод «лечения пе-

ревоспитанием», подчеркивал важность привития больному с помощью У. более высоких нравственных взглядов для переориентации его на другие цели и виды деятельности. Психотерапевт убеждает клиента принять личную ответственность за собственные поступки и активную роль в управлении своей жизнью.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Управление случайностью — техника модификации поведения в рамках поведенческой психотерапии, включающая в себя систему поощрений желательного поведения и отсутствие поощрений нежелательного.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Н.Д. Творогова

Утешение — психотерапевтическая помощь в душевном труде переживания скорби, которая не предполагает попыток отменить, упразднить страдание. У. — это помогать страдать.

М.М. Бахтин писал о трех типах этических реакций на беду другого человека: содействие, совет и сочувствие. Типы У.: а) У. без У. — в нем нет человеческого тепла, оно проходит мимо человеческого переживания; б) душевный отклик, но в нем нет духовной правды, настоящего сострадания (т. е. также игнорируется человеческое переживание); в) духовно-участливое У. — оно воздвигает «духовную лестницу», движением по которой человеческое переживание может претворяться в молитву и тем преображаться. У. может выстраивать «духовную лестницу» переживаний, нижней ступенькой которой становится скорбь, безутешность, а верхней — духовная радость. Душевное переживание при этом не отвергается и даже не усекается, оно бережно принимается все без остатка (безусловно, безоценочно, с душевным сочувствием, соболезнованием, состраданием, как подлинное и имеющее право на существование), но вводится в духовную вертикаль как ее элемент, так что само естественное движение переживания начинает совершать духовную преображающую работу.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Ф.Е. Василюк

Функциональная музыка — применение музыки в профилактике, лечении, повышении эффективности трудовой, учебной деятельности и пр., опирающееся на эмпирические наблюдения физиологов о воздействии музыки на различные системы организма. Сам термин «Ф. м.» связан с предложенным В.М. Бехтеревым пониманием ее лечебного регулирующего влияния. В результате клинических наблюдений и специальных исследований установлено, что способность музыки непосредственно воздействовать на эмоциональный мир человека — изменять настроение, снижать тревогу и напряженность — делает музыку важным средством профилактики, лечения (в комплексе с другими средствами) заболеваний. У душевнобольных она повышает психический тонус, уменьшает раздражительность и агрессивность. Специально подобранная музыка положительно действует как седативное средство на маниакальных больных. Музыка дает результаты как «обезболивающее» средство в акушерстве, стоматологии, при хирургических операциях. С одной стороны, она отвлекает больного от фиксирования на своих переживаниях и тем снижает болевые ощущения; с другой стороны, музыка снимает мышечное напряжение, способствует релаксации готовящихся к операции больных. Достижение полной релаксации важно для успешного введения пациента в гипнотическое состояние, проведения аутогенной тренировки. Успешно применяется музыка при лечении заикания, благотворно действует на сердечно-сосудистых больных, отвлекая их от тревожных и мрачных мыслей. Хорошо подобранный ритм музыки снижает непроизвольные движения у больных хореей, особенно у детей. После перенесенного инсульта (при левостороннем кровоизлиянии) положительных результатов добиваются музыкотерапевты при лечении моторной афазии и восстановлении речи с помощью пения. В целом ее эффективность значительно возрастает в комплексе с медикаментозными, физиотерапевтическими и другими медицинскими методами лечения. Благотворно воздействует музыка и в период реабилитации больных.

Отмечается влияние музыки не только на пациента, но и на врача. В каждом из этих случаев воздействие музыки основано на двух особенностях психики: эмоциональной восприимчивости и непроизвольном подчинении заданному музыкой ритму. Это можно объяснить тем, что большинство

физиологических, биофизических и биохимических процессов в организме человека протекает ритмично. Объединение трудовых действий с помощью музыки можно встретить у многих народов.

В отличие от шума музыкальный звук – это строго упорядоченные колебания какого-либо источника звука. Низкочастотный шум маскирует музыкальные звуки вплоть до полного их подавления. Особенно вреден разночастотный, нестационарный и интенсивный высокочастотный шум – визг, скрежет, свист; он приводит к расстройству нервной регуляции желудочно-кишечного тракта, газообмена и эндокринной системы, провоцирует язвенную болезнь и гипертонию. Плохо действует на организм человека длительный и интенсивный ультразвук, диапазон которого располагается выше 15–20 кГц. Неблагоприятно действует на психику человека инфразвук – звуки ниже 20 Гц. Инфразвуки большой силы ощущаются ухом как давление, которое может перейти в ощущение боли; поскольку инфразвуки слабо затухают в окружающей среде, они могут распространяться на большие расстояния. Они вызывают тревогу, безотчетный страх, головную боль и тошноту. Причем кратковременный инфразвук слабой и средней силы – шум морского прибоя, ветра, водопада, быстрого ручья в каменистом ложе – действует благотворно, успокаивая нервную систему.

Однако полная тишина также неблагоприятна для нормального самочувствия: она вызывает сонливость, галлюцинации.

Для нормальной работоспособности и возбудимости органов чувств необходим определенный звуковой или шумовой фон силой в 30–40 дБ. Ф. м. должна восприниматься как звучащий фон на периферии сознания, быть приятной, приносить удовольствие и вызывать состояние легкого возбуждения. Слишком громкая, назойливо ритмичная или скучная и однообразная музыка быстро надоедает и вызывает раздражение.

Не всякое музыкальное произведение может оказывать психотерапевтическое воздействие (например, тяжелый рок). Следует учитывать восприимчивость (невосприимчивость) клиентов к музыке вообще и к отдельным ее жанрам и произведениям в частности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Г.Е. Ремизова

Холотропная терапия (греч. holos – целый и tropos – направление, поворот) – теория и практика психотерапии и самоисследования в измененных состояниях сознания, разработанная Станиславом и Кристиной Гроф. Теоретической базой Х. т. служит модель психики, разработанная С. Грофом на основе психоделических исследований и названная «расширенной картографией психики».

Практическая техника Х. т. включает в себя интенсивное дыхание, специальную музыку, сфокусированную работу с телом и интроспективную ориентацию, опирающуюся на расширенную картографию психики. Возникающие при гипервентиляции измененные состояния сознания обладают, с точки зрения С. Грофа, мощным целительным, трансформирующим и эволюционным потенциалом. В Х. т. пациентам, переживающим возникающие образы из различных уровней картографии психики, предлагается с полным принятием проследовать за ними, куда бы они ни вели, глубоко веря, что происходящий процесс сам по себе приведет их к разрешению проблем. С. Гроф уверен, что лучшей стратегией для внутренних переживаний в измененных состояниях сознания является прекращение рефлексии и абсолютное доверие глубинной логике неосознаваемого. В идеале при Х. т. пациенту не надо делать ничего, кроме поддержания определенной схемы дыхания и полного раскрытия всему, что бы ни происходило. Такие «очищающие» переживания, по С. Грофу, за короткий срок приводят к спонтанной и самопроизвольной интеграции с сознанием ранее бессознательного материала и к глубокой трансформации личности. Следует заметить, что В. Райх (1927) первым начал применять глубокое интенсивное дыхание и специальные методы телесных воздействий для снятия хронических мышечных зажимов и высвобождения блокируемой ими психической энергии; значительное количество психотехнических элементов Х. т. во многом аналогично «вегетотерапевтическим» методикам райхианского анализа.

Являясь методом сильного эмоционального высвобождения, Х. т. подвержена известной критике, относящейся к любым техникам, опирающимся на теорию катарсиса (например, З. Фрейд придавал значение энергетической разрядке только как возможному первому этапу в терапии, после которого должна следовать непосредственно психоаналитическая работа). Серьезную проблему для

Х. т., с одной стороны, представляет теоретическое подкрепление тезиса о спонтанной целительной деятельности бессознательного в измененных состояниях сознания; с другой стороны, несмотря на стремление к самопроизвольному катарсису, Х. т. включает ряд психотехнических факторов, которые могут программировать внутренний опыт субъекта. Отсутствие анализа психических защитных механизмов в измененных состояниях сознания в ходе Х. т. может привести к ситуации, когда произошедшее частичное отреагирование тем не менее приводит к уходу от проблемы и неадекватным выводам относительно произошедшего личностного роста. У невропатологов и физиологов есть вопросы и к использованию Х. т. гипервентиляции.

В целом Х. т. обладает не только высоким психотерапевтическим потенциалом, но и направлена на самопознание, духовный рост личности. Трансперсональные переживания, возникающие в измененных состояниях сознания, значительно обогащают внутренний опыт человека, способствуют его духовной трансформации и личностному развитию.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Россохин

Циркулярное интервью (англ. circular interview – круговое интервью) – техника семейной терапии, суть которой состоит в том, что психотерапевт спрашивает каждого из, например, трех членов семьи, как относятся друг к другу двое других. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая техника дает более существенную информацию как психотерапевту, так и семье. Поэтому она имеет существенный психотерапевтический эффект.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.З. Шапиро

Чрезвычайная ситуация (ЧС) – обстановка на определенной территории (акватории) или объекте, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, стихийного или иного бедствия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, применения современных средств поражения, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и (или) окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей (Сахно И.И., Сахно И.И., 2002. С. 15).

Предупреждение ЧС – комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на предупреждение или максимально возможное уменьшение риска возникновения ЧС (Левчук И.П., Третьяков Н.В., 2013. С. 11).

Ликвидация ЧС охватывает весь комплекс аварийно-спасательных и других неотложных работ по защите населения и территорий, проводимых при возникновении ЧС и направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь (Левчук И.П., Третьяков Н.В., 2013. С. 11).

Среди различных ЧС техногенного и природного характера наиболее опасными являются катастрофы.

Катастрофа – внезапное, быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей, разрушение или уничтожение объектов и других материальных ценностей в значительных размерах, а также нанесшее серьезный ущерб окружающей среде (Сахно И.И., Сахно И.И., 2002. С. 16).

Авария – опасное техногенное происшествие, создающее на объекте, определенной территории (акватории) угрозу жизни и здоровью людей, приводящее к разрушению зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств и нарушению производственного или транспортного процесса, а также наносящее ущерб здоровью людей и (или) окружающей среде (Левчук И.П., Третьяков Н.В., 2013. С. 13).

Стихийное бедствие – опасное природное явление или процессы геофизического, геологического, гидрологического, атмосферного, биосферного и другого происхождения такого масштаба, который вызывает катастрофические ситуации, характеризующиеся внезапным нарушением жизнедеятельности населения, разрушением и уничтожением материальных ценностей, поражением или гибелью людей (Левчук И.П., Третьяков Н.В., 2013. С. 13–14).

▸ *Левчук И.П., Третьяков Н.В.* Медицина катастроф: учеб. пособие для медвузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок. Минск: Харвест, 1999; *Сахно И.И., Сахно В.И.* Медицина катастроф (организационные вопросы). М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002

Н.В. Третьяков

Чрезвычайных ситуаций единая система предупреждения и ликвидации – система, объединяющая органы управления, силы и средства федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций (ЧС). Состоит из территориальных и функциональных подсистем.

Территориальные подсистемы создаются в субъектах РФ для предупреждения и ликвидации ЧС в пределах их территорий и состоят из звеньев, соответствующих административно-территориальному делению этих территорий.

Функциональные подсистемы создаются федеральными органами исполнительной власти для организации работы по защите населения и территорий от ЧС в сфере их деятельности и порученных им отраслях экономики.

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК) – функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС, функционально объединяющая службы медицины катастроф Минздрава России, Минобороны России, а также медицинские силы и средства МВД России и других федеральных органов исполнительной власти, предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

ВСМК строится по территориальному принципу, что позволяет иметь в каждом регионе РФ необходимый и достаточный комплекс сил и средств, способный оперативно развернуть работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. ВСМК является необходимой и самостоятельной отраслью здравоохранения страны, способной в короткие сроки реагировать на ЧС, имеющей свой объект деятельности, присущие ей методы работы, мобильные формирования, специалистов, владеющих опытом спасения жизни и сохранения здоровья пострадавших. ВСМК включает комплекс сил, средств, органов управления, предназначенных для своевременного оказания всех видов медико-санитарной и психологической помощи пострадавшим в различных ЧС; создается на базе существующих медицинских и научно-исследовательских организаций различных министерств и ведомств РФ.

В современных основополагающих нормативных актах, регламентирующих деятельность ВСМК и МЧС РФ, Правительство РФ определило приоритетное значение службы медицины катастроф (в том числе и психологической помощи) в решении задачи по сохранению жизни, физического и психического здоровья населения в ЧС.

► Указ Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года»; Приказ МЧС РФ от 20.09.2011 № 525 «Об утверждении Порядка оказания экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах»; Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Постановление Правительства Российской Федерации от 26.08.2013 № 734 «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф»; *Левчук И.П., Третьяков Н.В.* Медицина катастроф: учеб. пособие для медвузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013

Н.В. Третьяков

Чрезвычайных ситуаций медико-санитарные последствия – комплексная характеристика чрезвычайных ситуаций (ЧС), определяющая содержание, объем и организацию медико-санитарного обеспечения. Включает: а) величину и характер возникших санитарных потерь; б) нуждаемость пораженных в различных видах медицинской и психологической помощи; в) условия проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в зоне ЧС; г) санитарно-гигиеническую и санитарно-эпидемиологическую обстановку, сложившуюся в результате ЧС; д) выход из строя или нарушение деятельности лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических организаций и организаций снабжения медицинским имуществом; е) нарушение жизнеобеспечения населения в зоне ЧС и прилегающих к ней районах и др.

Пораженный в ЧС (при оценке последствий ЧС применяется также понятие «пострадавший») – это человек, у которого в результате непосредственного или опосредованного воздействия на него поражающих факторов ЧС возникли нарушения здоровья.

Общие людские потери, возникшие в ЧС, подразделяются на безвозвратные и санитарные. Без-

возвратные потери — люди, погибшие в момент возникновения ЧС, умершие до поступления на первый этап медицинской эвакуации (в медицинскую организацию) и пропавшие без вести. Санитарные потери — пораженные (оставшиеся в живых) и заболевшие при возникновении ЧС или в результате ЧС. Структура санитарных потерь — распределение пораженных (больных): по степени тяжести поражения (заболевания) — крайне тяжелые, тяжелые, средней степени тяжести, легкие; по характеру и локализации поражений (видам заболеваний).

В условиях организации медицинского обеспечения населения используются различные виды помощи пораженным при ЧС.

Первая помощь (до оказания медицинской помощи) оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы.

Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи. К видам медицинской помощи относятся: 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь.

1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники (в ред. Федерального закона от 25.11.2013 № 317-ФЗ).

3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения скорая помощь оказывается гражданам бесплатно.

4. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских и психологических вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Психологическая помощь — широкое понятие, которое включает в себя более узкие. С точки зрения организации психологического обеспечения населения при ЧС психологическая помощь определяет общие рамки, в которых пораженному или группе пораженных в ЧС оказывается психологическая поддержка. Обычно она осуществляется в форме интервью, консультирования или психотерапии с целью психокоррекции психических и функциональных нарушений:

а) интервьюирование определяется как метод сбора информации о происшедшем, специфике, продолжительности воздействия неблагоприятных факторов ЧС, краткого медико-психологического анамнеза о состоянии физического и психического здоровья пораженного и т. п. Интервьюирование проводится, как правило, со здоровыми людьми или с незначительными отклонениями в состоянии физического и психического здоровья;

б) консультирование нередко осуществляет как психотерапевт, так и интервьюер. Обычно специали-

зируясь на работе с психически здоровыми людьми, такому специалисту в ЧС приходится иметь дело и с патологическими состояниями потерпевших;

в) психотерапия ассоциируется с работой по коррекции мышления и поведения, реконструкции личности, предполагая долговременный контакт клиента с психотерапевтом. В период ЧС психотерапия обычно используется в отношении большого количества пораженных, имеющих значительные психические нарушения.

▸ *Левчук И.П., Третьяков Н.В.* Медицина катастроф: учеб. пособие для медвузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; Психология экстремальных ситуаций: хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок. Минск: Харвест, 1999; *Сахно И.И., Сахно В.И.* Медицина катастроф (организационные вопросы). М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002

Н.В. Третьяков

Школы здоровья — школы (клубы) для здоровых клиентов, лиц с факторами риска, для пациентов, страдающих тем или иным хроническим заболеванием. Ш. з. — организованная форма обучения целевых групп населения по приоритетным для данной группы проблемам укрепления и сохранения здоровья.

Школы существуют в форме постоянно действующего интерактивного общения, предполагают наличие унифицированных программ подготовки преподавателей и обучаемых, соответствующего информационного и методического обеспечения.

В настоящее время при медицинских центрах функционируют «коронарные клубы», «школы больных сахарным диабетом», «школы больных астмой», «школы больных гипертонией» и др. Популярностью пользуются школы и для практически здоровой части населения. Школа общественного здравоохранения (school of public health) (ШОЗ) — организационная форма подготовки медицинских и немедицинских специалистов (психологов, педагогов, социальных работников, администраторов, журналистов и пр.) по проблемам общественного здравоохранения в виде дополнительного последипломного образования. В учебных планах и программах таких школ (в том числе ведущей в России — ШОЗ., функционировавшей при ММА им. И.М. Сеченова) широко представлена психологическая составляющая (разделы «Психология индивидуального здоровья», «Психология общественного здоровья», «Психология управления», «Психологическое сопровождение профессиональной деятельности менеджера здоровья» и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Экзистенциально-гуманистическая психотерапия (лат. exsistentia — существование, humanus — человечный, человеколюбивый) — одно из основных направлений в психотерапии: 1) экзистенциальная терапия К. Ясперса, Л. Бинсвангера, Р. Мея, В. Франкла и др.; 2) терапия, центрированная на клиенте, К. Роджерса; 3) гештальт-терапия Ф. Перлза; и др.

Представители этого направления склонны видеть человека прирожденно активным, борющимся, самоутверждающимся, способным к позитивному личностному росту. Усилия психотерапевта направлены на личностный рост клиента, достижение им более высокого уровня осознания.

Терапевтический союз в контексте Э.г. т. — это взаимоотношения одной личности с другой. Психотехнические приемы психотерапевта направлены на проникновение в феноменологический мир клиента, сосредоточивают активность на рефлексии, комбинируют действие с интроспекцией.

Патология (по А. Маслоу, одному из основателей гуманистической психологии) — ослабление человека; понимается как результат неосуществленности его возможностей, блокирования внутренних переживаний, уменьшения способности к самовыражению.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

А.Ф. Бондаренко

Эклектическая терапия (греч. eklektikos — выбирающий, therapeia — забота, уход, лечение) — использование не одного, а целого ряда психотерапевтических подходов и методов. Сочетание разнородных воззрений.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Экстренная психологическая помощь по телефону – психотерапевтическая беседа с клиентом по телефону с целью: а) купирования остро возникшего у него кризисного состояния; б) оказания помощи в разрешении психотравмирующей ситуации; в) предотвращения суицидальной попытки.

Особенности телефонного консультирования: 1) пространственные и временные особенности – возможность оказывать воздействие на обратившегося, находясь на значительном расстоянии; 2) анонимность – консультант и клиент не обязаны сообщать какую-либо информацию о себе; 3) возможность для клиента управлять контактом – в любой момент он может остановить разговор; 4) «эффект ограниченной коммуникации» – в связи с тем, что задействован только вербальный контакт, клиент быстрее овладевает психотравмирующей ситуацией; 5) «эффект доверительности» – возникает за счет голосового общения, позволяет клиенту представлять, что собеседник находится рядом.

Принципы телефонного консультирования: а) конфиденциальность разговора; б) уважение к религиозным, политическим и идеологическим взглядам клиента; в) тщательный отбор сотрудников экстренной помощи по телефону; г) исключение финансовых обязательств со стороны клиента.

В качестве задач кризисного консультанта выделяются следующие: 1) уловить «сигналы» суицидального риска; 2) оценить степень суицидального риска; 3) проявить деликатную заботу о клиенте, помочь в принятии решения, исключающего самоубийство хотя бы на данный момент времени.

В России существует Российская ассоциация телефонов экстренной психологической помощи (РАТЭПП). Международной организацией, объединяющей все национальные ассоциации, целью которых является обеспечение круглосуточной организованной телефонной помощью всех людей, попавших в трудную жизненную ситуацию, является IFOTES (Международная федерация служб неотложной телефонной помощи). Другой известной международной организацией является Befrienders International (Общество самаритян), основу работы которой составляет сеть телефонов доверия; к работе на телефоне привлекаются исключительно волонтеры, деятельность которых направлена только на абонентов, находящихся в суицидальной готовности. Экстренная психологическая помощь по телефону характеризуется высокой степенью эмоциональной вовлеченности и активностью консультанта в психотерапевтической беседе.

▸ *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001; *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная терапия. М.: Когито-Центр, 2005; Предотвращение суицида [Электр. ресурс] — Режим доступа: http://www.pobedish.ru/main/prevent?id=91; Роль телефона доверия в профилактике суицидального поведения подростков [Электр. ресурс] — Режим доступа: http://bibliofond.ru/view.aspx?id=534273

О.И. Ефимова

Эмпатического слушания техника – умение правильно молчать («Молчание – золото»). Терапевт – это человек, который овладел умением быть в процессе общения особенно внимательным не столько к тому, что говорится клиентом или им самим, сколько к тому, что стоит за словами.

Ориентация на прочувствование другого человека в процессе беседы с ним известна с глубокой древности, применялась в деятельности египетских жрецов, широко использовалась учителями и философами античного мира, составляет основу практики духовного общения в православии, буддизме, суфизме. Впервые как самостоятельная психотерапевтическая техника представлена Карлом Роджерсом в его клиент-центрированной психотерапии. Эмпатическое понимание (empathic understanding) – способность на основе точного восприятия чувств понять опыт другого человека, как он его сам переживает. В настоящее время техника эмпатического слушания широко применяется психотерапевтами.

Целостный процесс эмпатического слушания может быть представлен в виде нескольких технологических составляющих:

1. Отодвигание – концентрация, которая представляет собой работу терапевта с собственным актуальным самосознанием, освобождение в своем внутреннем мире зоны внимания для посланий клиента, с поддержанием созерцательного, теплого и нейтрального отношения. Как только клиент заходит в кабинет, терапевт должен «перевести», «отодвинуть» все свои актуальные сознательные содержания на самый задний план своего осознания. Не вытеснить, не забыть, а просто передвинуть из

актуальной сферы на периферию. Когда терапевт осуществляет «отодвигание», то весь его организм, все чувства, все мысли отдаются клиенту. При этом терапевт одновременно присутствует и не присутствует рядом с клиентом, у него возникает ощущение свободы от собственных мыслей и поддержание (без усилий) концентрации на клиенте. Терапевт наблюдает за клиентом, как за волнами океана, спокойно и без торопливости следя за тем, что происходит. «Отодвигание» означает медитативное созерцание другого человека. Если терапевт правильно совершает операцию «отодвигания», его мысли и чувства превращаются как будто в пустой резервуар. И тогда содержания клиента поступают в этот резервуар, не встречая никаких барьеров в виде вопросов, оценок, ожиданий. Если «отодвигание» проделано непрофессионально (или эта техника вообще не применялась), то даже при молчании психотерапевта клиент будет чувствовать, что психотерапевт внутри себя с ним спорит, дополняет или оценивает. Операция «отодвигания» требует довольно большой траты энергии, поэтому без особых умений ее практически невозможно совершить. Особый образ жизни психотерапевта имеет не только глубокий, экзистенциальный, но и практический смысл. Психотерапевт с неправильным образом жизни не сможет совершить операцию отодвигания.

2. Приглашение к высказыванию и поддержка высказывания. Эта техника состоит в умении терапевта поддерживать и поощрять говорящего без слов, на языке тела, не задавая вопросов. Обычно используются покачивания головой и легкие поддерживающие вокализации. Каждый во время общения нуждается в ответных посланиях, обратной связи. Как правило, в разговоре люди мало слышат друг друга, часто перебивают собеседника. Такое общение называется общением «в разных пространствах». Психотерапевт же должен находиться в одном пространстве с клиентом, давая поддержку его высказываниям, поощряя и побуждая к высказываниям. Когда приходит клиент, психотерапевт говорит: «Я вас слушаю», делает «отодвигание» и дальше молчит и слушает. Единственной активностью психотерапевта в это время являются кивки головой и минимальное речевое поощрение типа «угу». Всякий раз, когда клиент переключает свое внимание с того сюжета, который он излагает, на психотерапевта, он должен получить эту поддержку. Главное состоит в том, что психотерапевт не должен делать никаких других посланий — ни словесно, ни на языке тела. Иногда вместо «угу» некоторые психотерапевты говорят «да» или «хорошо». Это очень плохая привычка, потому что клиент может сказать: «Я пришел домой...», — психотерапевт говорит: «Хорошо», — «...Схватил утюг и запустил в свою жену!» — «Хорошо». То же самое происходит с «да». Поэтому лучше всего кивать и говорить «угу». При этом лицо психотерапевта должно быть нейтрально-доброжелательным, ненапряженным, с приятной улыбкой, таким, как выглядят лица людей во время медитации или аутогенной тренировки. Если клиент смеется, психотерапевт тоже улыбается; если плачет — в его глазах обязательно будут слезы. Это происходит потому, что чувства клиента на этот промежуток времени становятся чувствами психотерапевта, и если клиент говорит какую-то веселую или нейтральную вещь, но за этими словами скрывается боль, то психотерапевт обязательно эту боль внутри себя почувствует. Конечно, все это возможно при условии правильно сделанного «отодвигания». Когда клиент говорит, а психотерапевт правильно его слушает, то одно это может привести к облегчающему эффекту, или, иными словами, к эффекту исповеди. Только благодаря правильно осуществленным первым двум операциям клиент может освободиться от психофизического перенапряжения и негативных эмоций, негативной энергетики, с которыми он пришел на сеанс, освободиться от злости, боли и почувствовать себя намного лучше.

3. Отражение: прямое и фокусирующее. Прямое отражение представляет собой повтор слов или фраз клиента на его языке, с присущими ему особенностями лексики. Фокусирующее отражение представляет собой повтор высказываний клиента с объединением различных фрагментов высказывания. Применение техники отражения определяет уровень мастерства терапевта, поскольку показывает его способность к интуитивному и целостному постижению актуального состояния внутреннего мира клиента. Терапевт должен являть из себя чистое, отшлифованное, но при этом прозрачное зеркало, отражая не только слова клиента, но и эмоциональные и энергетические содержания, которые стоят за словами. Это происходит с помощью повтора либо последней фразы, либо слов из этой фразы. Клиент: «Когда я пришел домой, я почувствовал привычную

тревогу». Терапевт: «Вы почувствовали тревогу». Клиент: «Да. Я опять ощутил вместе с тревогой, что как будто бы тяжесть навалилась на мои плечи». Терапевт: «Вместе с тревогой вы почувствовали, что как будто бы тяжесть навалилась на ваши плечи». Клиент: «Да. И опять я вспомнил о том, что сейчас моя жена снова начнет высказывать мне определенные претензии». Терапевт: «И вы почувствовали, что сейчас опять жена начнет высказывать вам претензии». Клиент: «А представляете, вчера она вместо этого просто так прекрасно на меня посмотрела и меня поцеловала». Терапевт: «Вместо того, что вы ожидали, — что она будет высказывать вам свои претензии, — она вас поцеловала». Клиент: «Да, и в этот момент я почувствовал, что все еще ее люблю». Терапевт: «Вы почувствовали, что вы все еще ее любите». Клиент: «Да». Таким образом, двигаясь вслед за клиентом и возвращая ему его содержания, терапевт дает ему возможность произвести их аффективную переработку; терапевт возвращает клиенту его чувство, и тот снова его испытывает, устанавливая при этом новые связи между своим состоянием и содержанием, что позволяет выделить главное и второстепенное в своих чувствах, установить новые связи между переживаниями. Можно применять еще более тонкое отражение — «фокусирующее зеркало» или «фокусировку». Сфокусированное отражение является более рельефным, более ярким; возникает стереоскопический эффект. Если терапевт является хорошим «резервуаром», то, двигаясь за содержаниями клиента, он испытывает те чувства, которые за ними стоят. Например, за одним содержанием может стоять гнев, за другим — радость, за третьим — боль, за четвертым — чувство гордости. Тогда терапевт может совершить отражение, объединив разные фрагменты высказываний клиента, — технологически это делается следующими словами: «Если я вас правильно понял» или «Если я правильно почувствовал» — и далее возвращает клиенту содержания, которые объединены из разных фрагментов высказывания клиента. В результате этих возвратов происходит определенная динамика внутри значимых содержаний, значимых переживаний клиента, происходит все большее самоисследование, эмоциональное отреагирование; у клиента появляются новые мысли и новые чувства, и терапевт, двигаясь за клиентом, может вслед за ним подойти к самой границе сознательного и бессознательного. Если в эти моменты терапевт делает правильные фокусирующие или плоскостные отражения, то наступает момент, когда новое содержание выходит из бессознательного и переходит в сознание. Таким образом, совершается творческий акт, новое рождение. Человек открывает новую комнату в своей душе и становится другим, обновленным.

4. Сверка, работа с паузами. Она дает возможность терапевту определить эффективность своей работы прямо по ходу сеанса. Сверка — это возможность увидеть, насколько эффективно терапевт строит эмпатический контакт. Необходимо наблюдать и осознавать речевые реакции клиента на отражения. Ответ «нет» означает ошибку терапевта, трудности в эмпатическом прочувствовании клиента. Например, клиент говорит: «Когда я пришел домой, я почувствовал тяжесть». Терапевт повторяет: «Когда вы пришли домой, вы почувствовали камень на душе». Клиент говорит: «Нет». Это «нет» означает, что терапевт неправильно сделал отражение, не был точным резервуаром, заменив слово клиента и изменив тем самым эмоциональное содержание, которое стоит за словом. Когда клиент говорит: «Да», тем самым он говорит: «Да, вы меня правильно поняли», и это означает правильно построенный эмпатический контакт. Существует правило, что если клиент во время сеанса три раза сказал «нет», то терапевту в данный момент нужно прекратить сеанс. И конечно, необходимо осознать, что если клиент говорит «нет», то это не означает сопротивления, которое проявляет себя иначе, не означает неверных установок клиента, а означает прежде всего отсутствие эмпатии со стороны терапевта. Если клиент сказал «нет», следует немного подождать и, если клиент не продолжит говорить, самому нарушить паузу, которая называется паузой терапевта, поскольку она вызвана именно его неправильными реакциями. Можно, например, встать, открыть окно, в это время попытаться себя настроить и снова сказать клиенту: «Я вас слушаю». Ответ клиента «да» с последующей его паузой также означает ошибку или неточность отражения.

▸ *Спиваковская А.С., Мхитарян А.В.* 9 × 12. Диалоги о беатотерапии. М., 2009; *Спиваковская А.С.* Психотерапия: игра, детство, семья. М., 1999; *Она же.* Некоторые аспекты беатотерапии // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2004. № 4

А.С. Спиваковская

Эмпатия (англ. empathy – сочувствие, сопереживание, умение поставить себя на место другого, проникновение в субъективный мир другого) – 1) когнитивная осведомленность и понимание эмоций и чувств другого человека; 2) викарная (замещающая) эмоциональная реакция на эмоциональные переживания другого человека, которая отражает эти эмоции и подражает им (разделение эмоций с другим человеком); 3) принятие в собственном сознании роли другого человека; 4) в теории личности Г. Салливана – невербализируемый, скрытый коммуникативный процесс, посредством которого отношения, чувства и суждения передаются от человека к человеку без публичного их проговаривания; 5) способность индивида чувствовать эмоциональное состояние другого человека.

Впервые термин «Э.» появился в английском словаре (1912) и был близок понятию «симпатия»; смысловое значение термина возникло на основе немецкого слова Einfuhlung (проникновение), примененного Т. Липпсом в контексте психологической теории воздействия искусством. Одно из первых определений Э. можно найти в работе З. Фрейда «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905).

Поскольку Э. включает чувства и мысли, то в зависимости от меры присутствия в ней чувств и мыслей ее подразделяют соответственно на аффективную (эмоциональную) и когнитивную. Способность предсказывать эмоциональные реакции пациента иногда относят к предикативной Э.

Фокусировка (лат. focus – центр, сосредоточие) – способность сфокусироваться на содержании чувств или переживаний клиента.

В гуманистической психологии Э. отличают от эмоциональной идентификации (уподобления, идентификации себя с другим, с его эмоциональным состоянием). К. Роджерс: «Быть в состоянии Э. означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения «как будто». Так ощущаешь радость и боль другого, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины, как он их воспринимает. Но обязательно должен оставаться оттенок «как будто». Если этот оттенок исчезает, то возникает состояние идентификации». Э. отличается и от сочувствия (переживания по поводу чувств другого); может быть сознательной и предсознательной, возникать в ответ на непосредственную интеракцию. Некоторые авторы утверждают, что эмпатические чувства к другим являются предпосылкой для развития моральных норм (теория эмпатического альтруизма объясняет человеческий альтруизм в терминах разделенного страдания).

Клиент-центрированная психотерапия рассматривает «точную Э.» как способность понять актуальные чувства и вербальное умение передать это понимание ясным для клиента языком. Эмпатическое понимание не является результатом интеллектуальных усилий, зависит от богатства собственного опыта психотерапевта, точности восприятия, его умения настроиться на одну «эмоциональную волну» с клиентом, по мнению некоторых авторов – от генетической предрасположенности. В психотерапии широко используется техника эмпатического слушания, не предполагающая обязательного активного вмешательства с целью оказания действенной помощи другому. Благодаря Э. общение людей доводится до уровня доверительного, интимного.

По Е. Айви, из семи уровней Э. 4-й уровень – это минимум, который необходим для психотерапевта; на этом уровне ответы психотерапевта равнозначны тому, что говорит пациент. Это означает точное отражение чувств, пересказ или резюме сказанного пациентом или открытый вопрос и самораскрытие, которое облегчает беседу с пациентом. Далее, 5-й уровень, идет уже «мягкая» интерпретация или вносится нечто, помогающее росту пациента. Для 6-го уровня Э. характерны синхронные жесты; на высшем, 7-м уровне, психотерапевт может быть «полностью» с пациентом, присоединяться к нему, не теряя при этом своей индивидуальности и не растворяясь как личность.

Возможны отрицательные эффекты, сопровождающие Э.: а) эмпатическая слепота (неосознаваемое неприятие тех чувств собеседника, которых избегаешь в самом себе); б) неконтролируемое использование Э. (которую от тебя собеседник не всегда ожидает и которая может мешать тебе в достижении собственных целей); в) манипулятивное применение Э.

▸ *Айви Е.А., Айви М.Б., Линик С.Д.* Психологическое консультирование и психотерапия. М., 1999; Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998; Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Этические принципы работы клинического психолога в консультировании и психотерапии – комплекс правил и норм, которые определяют особенности профессиональной деятельности клинического психолога в области психологического консультирования и психотерапии. Эти принципы основаны на актуальных положениях этического кодекса психолога, формулируются на основе общечеловеческих нравственных и моральных ценностей и идеалов. В первую очередь к ним относятся: уважение личности, право личности на принятие ею самостоятельных решений в сфере своего здоровья, создание условий для развития личности, гуманизм в реализации психологом своей профессиональной деятельности, право человека на получение необходимой квалифицированной психологической помощи и др.

В основе и консультирования, и психотерапии лежат современные моральные, нормативно-правовые и профессиональные нормы. Последние особенно важны, т. к. формируются в специфических отношениях клиента и психолога-консультанта или психотерапевта. Как психолог-консультант, так и психотерапевт выступают сразу в нескольких ролях: а) диагност, способный провести анализ ситуации и помочь клиенту определить, в чем состоит суть его проблемы, с которой он обратился; б) специалист, способный осуществлять неврачебное психологическое воздействие, чтобы помочь клиенту преодолеть те сложности, с которыми он столкнулся. Таким образом, клинический психолог в своей профессиональной деятельности приближается к раскрытию личностных особенностей клиента, обстоятельствам его частной жизни, которые остаются закрытыми для остальных людей; соблюдение этических принципов в такой работе является особенно важным условием ее эффективности. Уважение к личности клиента и готовность принять его индивидуальные особенности как данность – важнейшие принципы работы профессионального психолога. Честность с клиентами, умение объяснить принципы своей работы и преимущества различных консультативных и психотерапевтических техник, создание терапевтической среды и поддержание мотивации в ходе работы также позволяют клиническому психологу реализовать свои профессиональные задачи и помогать людям в решении их проблем. Важнейшим условием в консультировании, психотерапии является сохранение личной информации о клиенте; психолог обязан позаботиться о том, чтобы она была надежно сохранена, чтобы реализовался принцип конфиденциальности.

Специфика психотерапии и психологического консультирования как отдельных видов профессиональной деятельности связана также с тем, что случай каждого клиента уникален. Поэтому соблюдение этических принципов в этих областях предполагает точное знание специалистом границ своих возможностей (и своей компетентности).

Соблюдение этических принципов клиническим психологом предполагает его постоянное профессиональное самосовершенствование, прохождение дополнительных образовательных программ, изучение новых методов консультирования и психотерапии. Известно, что прежде, чем регулярно использовать многие психотерапевтические техники, необходима их детальная отработка как в учебной группе, так и в ходе прохождения психологом личной психотерапии и супервизии. Соблюдение этих условий позволяет на практике изучить все нюансы психотерапевтических и консультативных методов, а затем использовать их в работе с максимальной безопасностью для клиента.

Работа клинического психолога в сфере консультирования и психотерапии – профессиональная деятельность, которая требует не только наличия необходимых знаний, умений и навыков, но и понимания стоящих в основе этой работы правовых и этических принципов. Этический кодекс психолога, действующий на территории РФ, раскрывает и обосновывает данные принципы. Соблюдение клиническим психологом этических правил способствует реализации его как специалиста, помогает выполнять профессиональный долг.

▸ *Кочюнас Р.* Психологическое консультирование. М.: Академический проспект, 1999; *Файн С.Ф., Глассер П.Г.* Первичная консультация. Установление доверия и завоевание контакта. М.: Когито-Центр, 2010; Этический кодекс психолога [Электронный ресурс]. URL: http://psyrus.ru/doc/ethics.pdf (дата обращения: 09.09.2014)

В.И. Шелест

Этические принципы работы психолога с группами риска, социальными меньшинствами, с группами людей с социально-отклоняющимся поведением –

система норм и правил, которые регламентируют особенности профессиональной деятельности клинического психолога при взаимодействии с социальными меньшинствами, группами людей, имеющих социально-отклоняющееся поведение, различными группами риска. Данные принципы базируются на принятом этическом кодексе психолога, основаны на общих для всего человечества моральных ценностях (таких как гуманизм, свобода и уважение личности, содействие развитию личности и группы, справедливость и равные условия для всех людей вне зависимости от их социального статуса, способностей, состояния здоровья и т. п.).

К группам риска психологи, как правило, относят наркозависимых, людей, страдающих от синдрома приобретенного иммунодефицита, пострадавших от различных форм насилия, и т. п. Данные группы в силу своего уязвимого в социальном плане положения нуждаются в особом внимании со стороны клинических психологов, чья работа — важнейший механизм преодоления их социальной дезадаптации. Решение такой задачи зависит от выполнения психологом этических норм и правил, касающихся общения с клиентом из группы риска: соблюдение конфиденциальности и беспристрастности, уважение личности клиента, его выбора (что не предполагает обязательного согласия с ним). Кроме того, в область работы с группами риска входят и превентивные меры, например профилактика наркозависимости или школьного насилия, при которых значимость приобретают честность психолога и его готовность предоставлять информацию не только о негативных последствиях поведения, связанного с риском, но и оказывать необходимую помощь нуждающимся — самостоятельно или предоставляя данные о других специалистах, центрах помощи, телефонах доверия и т. п. Соблюдение этих норм позволяет преодолеть эмоциональные и поведенческие нарушения у представителей разных групп риска.

Работа с социальными меньшинствами предполагает взаимодействие с группами, которые и по численности, и по своим социальным и психологическим особенностям отличаются от основной массы населения, что ставит их в уязвимое положение. В данной области клинический психолог выступает и как диагност, задача которого — определить особенности состояния группы, выявить причины и механизмы наблюдаемых в ней процессов, и как специалист, имеющий возможность оказывать психологическое воздействие на эту группу. В контексте такой работы особенно важны этические принципы уважения клиентов, несмотря на возможные культурные, этнические, социальные и другие отличия от самого психолога. Важными являются и принципы честности, готовности объяснять цели работы, поддерживать мотивацию клиента и предоставлять ему необходимую информацию. Открытость психолога, его безоценочное отношение к представителям разных групп — необходимое условие создания терапевтической среды и оказания необходимой профессиональной помощи.

Работа с людьми с социально-отклоняющимся поведением связана главным образом с взаимодействием с детьми и подростками, склонными к поведенческим и эмоциональным отклонениям, и их семьями. В этой сфере психолог также решает две профессиональные задачи. Во-первых, это диагностика наблюдаемых отклонений, поиск причин их возникновения, анализ протекания деструктивных процессов и прогнозирование их развития. Для эффективной работы психологу необходимо проявлять уважение к клиенту, избегать резких оценок действий клиента, создавать доверительную обстановку, быть максимально открытым для диалога. Соблюдение этих этических норм позволит получить достоверную информацию от клиента, подготовить его к необходимым коррекционным занятиям, т. е. второму аспекту деятельности психолога в этой сфере. Коррекционная работа в данной сфере требует от психолога максимальной внимательности к клиентам, понимания их особенностей и актуальных ситуаций и, безусловно, необходимых знаний, умений и навыков.

Работа клинического психолога с группами риска, социальными меньшинствами и группами людей с социально-отклоняющимся поведением требует как детального понимания объекта работы, так и опоры на профессиональный опыт и актуальные положения этического кодекса психолога РФ.

▸ *Гилинский Я.* Девиантология. 2-е изд. испр. и доп. СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2007; Этический кодекс психолога [Электронный ресурс]. URL: http://psyrus.ru/doc/ethics.pdf (дата обращения: 09.09.2014)

В.И. Шелест

Этнопсихотерапия — область знания, изучающая методы и формы психотерапии в различных культурах. Как направление в психотерапии Э. оформилась во второй половине XX в. в русле сравнительных культуральных психопатологических исследований.

Центральными в Э. являются следующие взаимосвязанные вопросы: а) почему конкретные психотерапевтические методы являются более предпочтительными (эффективными) в одних культурах по сравнению с другими? б) каким образом методы, разработанные в западной науке, могут быть использованы в других культурах мира? Соответственно, выделяют два вида этнопсихотерапии: культуральную и транскультуральную (Витковер Е., Варнс Х.). Если культуральная психотерапия направлена на выявление и учет в процессе терапии этнокультурной специфики пациента, то транскультуральная психотерапия использует методы психотерапии, сложившиеся в определенных этнокультурных условиях, для практического применения в других регионах мира. К последней относятся, в частности, исследования по практическому применению для терапевтических целей измененных состояний сознания (Гроф С., Принс М., Баер Г. и др.), различные психопрактики из шаманистских культов (Калифано М., Прессель Е.) и т. п.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Сухарев

3.3. Психодиагностика (методики)

Айзенка опросник установок к сексу (Eysenk Anventory of difitudes to Sex, EIAS) — опросник личностный, опубликован Г.Ю. Айзенком в 1989 г. Методика разработана на основе концепции личности, предложенной Г. Айзенком. Наряду с исследованием отношения к сексу А. о. у. к с. ориентирован на прогноз удовлетворенности браком (Айзенк Г., Вейкфилд Г., 1981), выявление отклонений в сексуальном поведении (Айзенк Г., 1977), диагностику фемининности-маскулинности (Айзенк Г., 1971).

Опросник имеет полную и сокращенную формы. В полную версию входит 158 вопросов, 96 — в сокращенную. Формулировки вопросов одинаковы для мужчин и женщин. Большинство вопросов требуют ответа типа «да» — «нет», однако имеются и формулировки с ответами «верно» — «неверно», «согласен» — «не согласен». Предусмотрена возможность неопределенного ответа для каждого из пунктов опросника. Образцы вопросов приводятся ниже.

1. Представитель противоположного пола будет уважать вас, если ваше отношение к нему не будет развязным: а) да; б) нет.

2. Секс без любви не приносит удовлетворения: а) согласен; б) не согласен.

16. Сексуальные контакты не являются для меня проблемой: а) верно; б) неверно.

Вопросы с 151-го по 156-й имеют различные «меню» ответов, например:

153. Если у вас будет возможность принять участие в оргии, то вы: а) примете участие; б) откажетесь.

154. Вы бы предпочли совершать половые акты: а) никогда; б) раз в месяц; в) раз в неделю; г) дважды в неделю; д) 3–5 раз в неделю; е) каждый день; ж) более чем один раз в день.

Вопрос 156 предусматривает «открытый» ответ:

156. В каком возрасте вы совершили первый половой акт?

Вопросы 157 и 158 имеют 10-балльную рейтинговую шкалу оценивания:

158. Оцените силу влияния комплекса факторов, угнетающих вашу сексуальность (моральных, эстетических, религиозных и т. д.) по 10-балльной шкале.

Опросник допускает индивидуальное и групповое обследование. Продолжительность обследования — 20–60 минут. Оценка результатов А. о. у. к с. основана на подсчете «ключевых» ответов. Г. Айзенком (1976) установлены процентильные значения ответов на отдельные вопросы для мужчин и женщин. Нормы

тестовые (для полной формы опросника) опираются на данные обследования 427 мужчин и 436 женщин в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст – около 30 лет). Сокращенная форма опросника стандартизирована на выборке из 423 юношей и 379 девушек (возраст – 18–22 года, студенты университетов).

В ходе факторного анализа результатов выделено 12 обобщенных факторов, влияющих на результаты А. о. у. к с.: 1. «Раскрепощенность» (Permissiveness). 2. «Удовлетворенность» (Satisfaction). 3. «Невротическая сексуальность» (Neurotic sex). 4. «Безличная сексуальность» (Ampersonal sex). 5. «Отношение к порнографии» (Pornography). 6. «Сексуальная робость» (Sexual shyness). 7. «Сексуальная раскованность» (Prudishness). 8. «Доминирование – подчиненность» (Dominance – Submission). 9. «Отвращение к сексу» (Sexual disgust). 10. «Сексуальное возбуждение» (Sexual excitement). 11. «Физиологический секс» (Physical sex). 12. «Агрессивный секс» (Aggressive sex). Влияние первых шести факторов оказалось примерно равным у мужчин и женщин. В результате анализа интеркорреляции факторов было выделено два фактора более высокого порядка: «сексуальное влечение» (sexual libido) и «сексуальная удовлетворенность» (sexual satisfaction), проявление которых отмечалось у обоих полов. Г. Айзенком установлены коэффициенты надежности и стандартные отклонения для групп вопросов, которые в наибольшей степени нагружены перечисленными выше факторами: 0,47–0,84 (в среднем r = 0,7). Сведения о валидности А. о. у. к с. получены в ходе сопоставления результатов в различных выборках (разные возрастные контингенты, представители рабочих и среднего класса, живущие в браке и одинокие) с параметрами психотизма, экстраверсии и нейротизма. Данные опросника сопоставлялись с показателями других шкал сексуальных отношений, в частности Шкалой раскрепощенности Рейса (Reiss Permissiveness Scale, 1967). Имеются сведения о критериальной валидности, полученные на клинических выборках и в ходе близнецовых исследований. За рубежом А. о. у. к с. используется в основном как исследовательская методика и пока не находит широкого распространения в индивидуальных психодиагностических исследованиях и консультировании. Данных о применении в СНГ нет.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Амтхауэра тест структуры интеллекта (Amthauer Intelligenz-Struktur-Test, IST) – тест интеллекта; предназначен для измерения уровня интеллектуального развития лиц в возрасте от 13 до 61 года. Предложен Р. Амтхауэром в 1953 г. (последняя редакция осуществлена в 1973 г.). А. т. с. и. состоит из девяти субтестов, каждый из которых направлен на измерение различных функций интеллекта (во всех группах заданий, за исключением IV–VI субтестов, используются задачи закрытого типа); а именно:

I. Логический отбор (LS) – исследование индуктивного мышления, чутья языка. Задача испытуемого – закончить предложение одним из приведенных слов. Количество заданий – 20; время выполнения – 6 мин.

II. Определение общих черт (GE) – исследование способности к абстрагированию, оперированию вербальными понятиями. В каждом задании испытуемому предлагают пять слов, из которых четыре объединены смысловой связью, а одно – лишнее. Это слово и следует выделить в ответе. Количество заданий – 20, время выполнения – 6 мин.

III. Аналогии (AN) – анализ комбинаторных способностей. В каждом задании испытуемому предлагаются три слова; между первым и вторым существует определенная связь. После третьего слова – прочерк. Из пяти прилагаемых к заданию вариантов ответа необходимо выбрать такое слово, которое было бы связано с третьим таким же образом, как и первые два. Количество заданий – 11, время выполнения – 7 мин.

IV. Классификация (KL) – оценка способности выносить суждение. Испытуемый должен обозначить два слова общим понятием. Количество заданий – 16, время выполнения – 8 мин. Оценка варьирует от 0 до 2 баллов в зависимости от уровня обобщения.

V. Задания на счет (RA) – оценка уровня развития практического математического мышления. Субтест состоит из 20 арифметических задач; время решения – 10 мин.

VI. Ряды чисел (ZR) – анализ индуктивного мышления, способности оперировать числами. В 20 заданиях необходимо установить закономерность числового ряда и продолжить его; время выполнения – 10 мин.

VII. Выбор фигур (FS) – исследование пространственного воображения, комбинаторных способ-

ностей. Испытуемому предъявляют карточки, где изображены разделенные на части геометрические фигуры. При выборе ответа следует найти карточку с цельной фигурой, которая соответствует разделенной на части. Количество заданий — 20; время выполнения — 7 мин.

VIII. Задание с кубиками (WU) — исследуется то же, что и в VII субтесте. В каждом из 20 заданий предъявляется куб в определенном, измененном по отношению к ряду кубов, обозначенных буквами, положении; необходимо идентифицировать данный куб с одним из обозначенных буквами. Время решения — 9 мин.

IX. Задания на способность сосредоточить внимание и сохранить в памяти усвоенное (ME). Испытуемый должен запомнить ряд слов и найти их среди других, предлагаемых в задании. Слова для запоминания объединены в таблице по определенным категориям, например цветы: тюльпан, жасмин, гладиолус, гвоздика, ирис; или животные: зебра, уж, бык, хорек, тигр. Всего предлагается запомнить 25 слов (время заучивания таблицы — 3 мин.). Кроме того, испытуемые предупреждаются о том, что в ряду из пяти слов, где нужно найти заученное, это слово должно занимать то же место, что и в таблице. Например, ряд, где требуется найти заученное слово: а) зебра; б) гладиолус; в) гравюра; г) ласточка; д) нож. Правильным решением будет выбор слова «зебра». Время выполнения 20 заданий — 6 мин.

Всего в А. т. с. и. обследуемому предлагается 176 заданий. Общее время обследования (без подготовительных процедур и инструктажа испытуемых) — 90 мин. При подсчете «сырых» оценок (кроме IV субтеста) каждое правильное решение оценивается в 1 балл. Оценки, первичные по каждому субтесту, переводятся в оценки шкальные; таким образом, структуру интеллекта можно охарактеризовать по профилю успешности выполнения отдельных групп заданий. Сумма первичных баллов по всем субтестам переводится в общую оценку уровня интеллекта.

А. т. с. и. имеет три параллельные формы теста: (A, B, C); модификация А. т. с. и. — четыре формы (A1, B2, C3, D4). А. т. с. и. разрабатывался в первую очередь как тест диагностики уровня общих способностей в связи с проблемами профессиональной психодиагностики, рекомендаций по выбору профессии, анализа профессиональной пригодности.

При создании теста Р. Амтхауэр исходил из концепции, рассматривающей интеллект как специализированную подструктуру в целостной структуре личности. Этот конструкт понимается им как структурированная целостность психических способностей, проявляющихся в различных формах деятельности. В интеллекте обнаруживается наличие определенных «центров тяжести»: речевого, счетно-математического интеллекта, пространственных представлений, функций памяти и др. Р. Амтхауэр (1953) отмечал тесную связь интеллекта с другими компонентами личности, ее волевой и эмоциональной сферами, потребностями и интересами. При отборе тестовых заданий он руководствовался двумя основными принципами: обеспечением максимально высокой корреляции каждого субтеста с общим результатом и достижением возможно низкой корреляции между отдельными группами заданий. Среднее значение коэффициента корреляции между группами заданий и общим результатом — 0,65 (0,80–0,45), средний показатель интеркорреляции субтестов — 0,36 (0,62–0,20). Коэффициент ретестовой надежности А. т. с. и. (интервал повторного исследования — 1 год) — 0,83–0,91. Коэффициенты надежности параллельных форм — 0,95, надежности частей теста (метод расщепления) — 0,97. Валидность критериальная по корреляции с успеваемостью — 0,46; с экспертными оценками уровня интеллектуального развития — 0,62 (выборка при валидизации —350 испытуемых). Тест имеет высокие показатели валидности текущей и валидности прогностической, определенной по методу контрастных групп.

А. т. с. и. адаптирован в Эстонии и применялся под названием «тест-Су» для изучения уровня интеллектуального развития учащихся младших классов (Лийметс Х.И. и соавт., 1974). В России опубликованы материалы об использовании неполного варианта теста (исключен один из субтестов) при обследовании учащихся 7–10 классов городских и сельских школ (Акимова М.К. и соавт., 1984); получены данные о достаточно высокой надежности и валидности неполного варианта А. т. с. и. В этом исследовании авторы вводят понятие «социально-психологической нормы», которая определяется как система требований общества к психическому развитию индивида (Гуревич К.М. и соавт., 1986). В этом случае оценка результатов тестирования должна

исходить из степени близости к социально-психологическим нормам, которые дифференцируются в образовательно-возрастных границах и должны прийти на смену традиционным статистическим нормам.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.Ф. Бурлачук

Апперцепции пожилых техника (The Senior Apperception Technique) – проективная методика исследования личности. Опубликована Л. Беллаком и С. Беллак в 1973 г. (переработанное издание – 1985 г.). А. п. т. – вариант теста тематической апперцепции (ТАТ), предназначенный для обследования лиц 65 лет и старше. Стимульный материал состоит из 16 стандартных черно-белых таблиц-рисунков. Рисунки отбирались из 44 первичных; авторы исходили из положения о том, что рисунки должны затрагивать как негативные (болезнь, одиночество и др.), так и позитивные (общение с внуками и др.) стороны жизни пожилых людей. Отличительной особенностью А. п. т. считаются: а) разнообразие получаемых данных, которые могут быть использованы не только узкими специалистами; б) особая конкретность рассказов, составляемых по рисункам пожилыми людьми. Отмечается, что при использовании А. п. т. в качестве варианта клинической беседы цель состоит в помощи испытуемому в вербализации беспокоящих проблем, выявлении конкретных причин актуального психического состояния. В качестве проективной методики А. п. т. может использоваться только квалифицированными специалистами. Интерпретировать рассказы по А. п. т. рекомендуется так же, как и в тесте детской апперцепции и в тесте тематической апперцепции. Обоснованные данные о валидности и надежности А. п. т. отсутствуют, за исключением того факта, что рисунки изображают ситуации, которые часто встречаются в повседневной жизни, а поэтому вполне вероятно, что они вызовут типичные реакции, чувства и мысли, касающиеся этих ситуаций (Беллак Л.И., Беллак С., 1985). Проведенные исследования подтверждают определенное значение А. п. т. как инструмента, позволяющего раскрывать, индивидуализировать психологические затруднения, испытываемые лицами пожилого и старческого возраста. Сведений об использовании в СНГ не имеется.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007
Л.Ф. Бурлачук

Ассоциации, словесный тест (Word Association Test) – предтеча проективных методик исследования личности. Изучение ассоциаций началось задолго до возникновения научной психологии и восходит к Аристотелю и Т. Гоббсу. А. с. т. впервые описан и систематизирован Ф. Гальтоном (1879) в связи с задачей изучения «ассоциации идей». В дальнейшем он получил развитие в исследованиях Э. Крепелина (1892), К.Г. Юнга (1906), Г. Кента и А. Розанова (1910), В. Вундта (1911), А.Р. Лурии (1932), Д. Рапапорта и соавт. (1946).

Стимульный материал А. с. т. состоит из списка не связанных между собой слов (слова-стимулы); при прочтении каждого из них обследуемый должен как можно быстрее произнести первое пришедшее на ум слово (слова-ассоциации). Фиксируется время реакции и любые другие особенности поведения обследуемого. Для проведения А. с. т. необходимо располагать полученными на репрезентативной выборке данными об обычных, наиболее часто встречающихся словах-ассоциациях, а также средних величинах времени реакции. Наиболее широко распространенный в зарубежных исследованиях стандартизированный вариант А. с. т. разработан Г. Кентом и А. Розановым и состоит из 100 слов-стимулов.

Интерпретация полученных результатов зависит от теоретических взглядов исследователей, использовавших А. с. т. Так, согласно К. Юнгу, по характеру ассоциаций, времени реакции, общему поведению обследуемого можно судить о его скрытых аффективных комплексах. В центре внимания Д. Рапапорта находятся психосексуальные проблемы. Большинство же исследователей сегодня склонны рассматривать А. с. т. в качестве индирективного приема изучения интересов и установок личности. В некоторых исследованиях объективизация получаемых с помощью А. с. т. данных достигается параллельным замером психофизиологических показателей (Лурия А.Р., 1932). А. с. т. стимулировал появление таких проективных методик, как

«завершения предложения» методики. Вопрос о валидности А. с. т. не может быть решен однозначно, вне соотнесения с теоретическими позициями разрабатывавших его авторов. Например, в работах Э. Крепелина было показано влияние на ассоциативный процесс утомления, приема лекарственных препаратов, и в этом случае тест валиден. Д. Рапапорт и соавт. связывали особенности ассоциаций с различными психоаналитическими комплексами, сам факт существования которых не доказан. Имеются данные о достаточно высокой ретестовой надежности некоторых вариантов А. с. т. Возможно применение теста для группового обследования. В отечественной практике А. с. т. достаточно широко использовался в клинико-психологических исследованиях (Коган В.М., Роговин М.С., 1961), а также в психолингвистике и других областях психологии.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Басса–Дарки опросник (Buss-Durkey Inventory) – опросник личностный, его разработали А. Басс и А. Дарки в 1957 г.; предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Б.–Д. о. состоит из 75 утверждений, на которые обследуемый должен дать ответ «да» или «нет». Примеры утверждений:

1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другому.

15. Я часто бываю не согласным с людьми.

48. Если я разозлюсь, то могу ударить кого-либо.

75. Я лучше соглашусь с чем-либо, но не стану спорить.

Каждое утверждение относится к одному из восьми так называемых индексов – форм агрессивных или враждебных реакций:

1. Физическая агрессия (нападение) – использование физической силы против другого лица. 2. Косвенная агрессия – окольным путем направлена на другое лицо (злобные сплетни, шутки) и агрессия без направленности (взрыв ярости, проявляющийся в крике, битье кулаками по столу и т. п.). 3. Склонность к раздражению – готовность к проявлению при малейшем возбуждении вспыльчивости, резкости, грубости. 4. Негативизм – оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета или руководства; это поведение в границах от пассивного сопротивления до активной борьбы против устоявшихся традиций или законов. 5. Обида – зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные или мнимые страдания. 6. Подозрительность – недоверие и осторожность по отношению к людям, основанные на убеждении в том, что окружающие намерены причинить вред. 7. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств через форму (ссора, крик и т. п.) и содержание словесных угроз (проклятья и т. п.). 8. Чувство вины – убеждение обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает злобно; наличие у него угрызений совести.

По числу совпадений ответов с ключом подсчитываются индексы различных форм агрессивности и враждебных реакций. Суммирование подсчитанных значений индексов 1, 2, 7 дает общий индекс агрессивности, а сумма 6 и 5 – индекс враждебности.

Б.–Д. о. широко распространен в зарубежных исследованиях, в которых подтверждаются его высокие валидность и надежность. Опросник используется и в отечественных работах, однако данные о его стандартизации на отечественных выборках не указываются. Отмечается, что в ситуации экспертизы опросник не защищен от искажений (эффект «установка на ответ»), а достоверность результатов зависит от доверительности в отношениях испытуемого и психолога.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Белла приспособляемости опросник (Bell Adjustment Inventory) – опросник личностный; опубликован Г. Беллом в 1938 г. и предназначен для обследования школьников и студентов; позднее издан вариант для обследования взрослых; окончательный вариант появился в 1962 г. Б. п.о. направлен на диагностику затруднений в различных областях приспособляемости. Состоит из 200 вопросов, относящихся к шести сферам приспособляемости, на основании которых выделяется шесть шкал.

1. Приспособляемость в семье. Лицам с высокими баллами по этой шкале присуще чувство неудовлетворенности семейными отношениями; с низкими баллами – наоборот. Примеры вопросов:

– Хотелось ли вам иногда уйти из дома?

– Казалось ли вам когда-нибудь, что ваши знакомые более счастливы в семье, чем вы?

2. Приспособляемость к болезням, травмам и т. п. Лица с высокими баллами по этой шкале либо в действительности имеют нарушения здоровья, либо чрезмерно внимательны к своему организму. Лица с низкими баллами отличаются хорошей приспособляемостью в сфере «здоровья». Примеры вопросов:

– Часто ли у вас болит голова?

– Предрасположены ли вы к гриппу?

3. Уживчивость. Лица с высокими баллами по этой шкале уживчивы, скромны; с низкими – самоуверенны. Примеры вопросов:

– Легко ли вам попросить кого-либо помочь вам в чем-то?

– Испытываете ли вы смущение, когда приходите в зал, где все уже сидят?

4. Эмоциональная уравновешенность. Лица с высокими баллами по этой шкале характеризуются эмоциональной неустойчивостью, с низкими – эмоциональной стабильностью. Примеры вопросов:

– Легко ли вы сердитесь?

– Часто ли вы волнуетесь?

5. Враждебность. Лица с высокими баллами по этой шкале враждебны, критично настроены по отношению к другим людям; с низкими – дружелюбны. Примеры вопросов:

– Часто ли вас обманывал друг?

– Верно ли, что многие люди вас раздражают?

6. Мужественность-женственность. Женщины с высокими баллами по этой шкале имеют мужские интересы, с низкими – женские; мужчины с высокими баллами – мужские интересы, с низкими – женские. Примеры вопросов:

– Любите ли вы носить пеструю одежду?

– Читаете ли вы спортивные сводки в газетах?

Испытуемому предлагается дать на вопросы Б. п.о. один из трех ответов: «да», «нет» или «не знаю». Возможны два варианта оценок приспособляемости: 1) дескриптивные оценки («прекрасная», «хорошая», «средняя», «удовлетворительная», «неудовлетворительная»); 2) оценки в процентилях.

Б. п.о. характеризуется достаточной валидностью и надежностью. В СНГ проведена адаптация методики, выполненная А.А. Рукавишниковым и М.В. Соколовым (1991).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Бехтеревского института личностный опросник – методика, предназначенная для диагностики типов отношения к болезни и лечению у больных хроническими соматическими заболеваниями. Разработан сотрудниками Института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург) при участии психологов и психиатров научных и лечебных учреждений СССР; опубликован в 1983 г.

Б. и. л. о. состоит из 12 наборов фраз-утверждений, касающихся различных аспектов системы отношений обследуемого («отношение к лечению», «отношение к врачам и медперсоналу», «отношение к окружающим», «отношение к будущему» и т. д.). В каждом наборе содержится 10–16 пронумерованных утверждений. Например, в набор утверждений «отношение к будущему» входят следующие фразы:

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым.

2. Мое здоровье не дает пока никаких оснований беспокоиться за свое будущее.

11. Из-за болезни я сильно тревожусь за свое будущее.

Обследуемого просят в каждом из наборов утверждений выбрать подходящее для него и внести соответствующий номер в регистрационный лист. Во всех наборах предусмотрен «нулевой» вариант, т. е. допускается, что ни одно из приведенных утверждений обследуемому не подходит. Число выборов по каждому набору – не более трех, в том числе и нулевых вариантов.

С помощью Б. и. л. о. диагностируются следующие типы отношений: 1) гармоничный – трезвая оценка своего состояния; 2) тревожный – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни; 3) ипохондрический – сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; 4) меланхолический – удрученность болезнью, неверие в выздоровление; 5) апатический – полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни; 6) неврастенический – поведение по типу «раздражительной слабости»; 7) обсессивно-фобический – тревожная мнительность прежде всего касается опасности не реальной, а маловероятной; 8) сенситивный – чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни; 9) эгоцентрический – «уход в болезнь», выставление напоказ сво-

их страданий и переживаний с целью полностью завладеть вниманием окружающих; 10) эйфорический – необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное; 11) анозогнозический – активное отбрасывание мыслей о болезни, ее возможных последствиях; 12) эргопатический – «уход от болезни в работу»; 13) паранояльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла.

Диагностировать можно лишь те из перечисленных типов, по отношению к которым набрано так называемое минимальное диагностическое число, определенное эмпирически. Теоретическая основа Б. и. л. о. – психология отношений. При этом особенности самой личности рассматриваются как существенный, но не единственный фактор, определяющий отношение к болезни. Отношение к болезни обусловлено: а) природой самого заболевания; б) типом личности, в котором основную роль играет тип акцентуации характера; в) отношением к заболеванию в значимом для больного окружении. Под воздействием названных трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему и т. д. (Личко А.Е., 1983). Работа по изучению валидности и надежности Б. и. л. о. не завершена; опубликованы данные, выявляющие корреляции между некоторыми типами отношения к болезни и конкретными психосоматическими заболеваниями. Например, при язвенной болезни диагностируются ипохондрический и неврастенический типы отношений. На материале обследования большого количества больных (1200 человек) выделены утверждения Б. и. л. о., наиболее информативные для психодиагностики «гармоничного» типа отношения к болезни (Карпова Э.Б., 1985). Опросник может быть использован при проведении группового обследования.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Брэйса моторных способностей тесты (Brace Motor Ability Tests (Scale)) – тестовая батарея исследования уровня развития двигательных умений, компонентов моторики детей и подростков. Предложена в 1927 г. Д. Брэйсом, профессором физического воспитания Техасского университета (США). Методика имеет шкальный принцип построения. Шкала разработана в двух вариантах, включающих соответственно 20 и 30 тестов; допускается как индивидуальное, так и групповое обследование детей и подростков в возрасте от 10 до 16 лет, а также взрослых в возрасте до 45 лет.

Ниже приведены несколько примеров заданий Б. м. с. т.

Тест 1. Пройти по прямой линии, ставя носок одной ноги вплотную к пятке другой ноги. Упражнение начать с левой ноги. Сделать 10 шагов. При выполнении задания глаза испытуемого открыты, допускается балансирование руками. Тест считается невыполненным, если испытуемый потерял равновесие и сошел с прямой линии либо при несоблюдении условия прикосновения носка одной ноги к пятке другой.

Тест 11. Подпрыгнуть и во время прыжка хлопнуть обеими руками по пяткам. Тест считается невыполненным, если испытуемый не смог прикоснуться одновременно к обеим пяткам.

Тест 20. Стать на левую ногу. Правую ногу вытянуть вперед. Опуститься и сесть на левую ногу, не прикасаясь правой ногой или руками к полу. Подняться из такого положения, не теряя равновесия. Тест считается невыполненным, если испытуемый не смог присесть на левую ногу, прикоснулся правой ногой или руками к полу, не смог подняться на левой ноге без прикосновения правой ноги к полу.

Процедура обследования стандартизирована. Методические материалы по тесту снабжены фотографиями, демонстрирующими правильное выполнение движений. Продолжительность обследования – 35–40 минут. При оценке результатов обследования сырые баллы (первичные оценки), соответствующие числу выполненных тестов, по специальным таблицам переводятся в стандартные показатели моторного развития (ПМР). По мнению Д. Брэйса, основными функциями, подлежащими измерению при оценке моторного развития, являются: ловкость движений, гибкость, мышечная сила, способность к сохранению равновесия и координация сложных движений. При отборе заданий, вошедших в Б. м. с. т., автор руководствовался следующими принципами: преимущественная направленность на врожденные качества моторики, а не на двигательные навыки; моделирование сложных двигательных комплексов, а не отдельных движений; широкий охват наиболее типичных комплексов движений; доступность шкалы для массо-

вого использования. Б. м. с. т. стандартизированы на выборке 155 детей и взрослых. Полная форма теста (из 30 заданий) имеет два параллельных варианта (формы А и В). Сокращенная шкала (20 заданий) имеет также две формы (тесты 1–10 — форма М, тесты 11–20 — форма Н). При оценке характеристик Б. м. с. т. как диагностической процедуры валидность конструктная определялась на основе сравнения показателей моторного развития с экспертными оценками 75 преподавателей; по различным критериям коэффициент корреляции составил 0,58–0,68. Среди критериев экспертных оценок были: «способность к легкому усваиванию форм движений», «разнообразие движений», «легкость сложных движений» и др. Валидность текущая проверялась на материале контрастных групп детей, интенсивно занимающихся спортом и не занимающихся спортом. Коэффициент надежности ретестовой составил 0,78–0,90, надежности параллельных форм (формы А; В) — 0,73.

На разработку Б. м. с. т. существенное влияние оказала шкала оценки моторики Н.И. Озерецкого. Б. м. с. т. переведены на русский язык Е.В. Гурьяновым (1928).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Вайнлендская социальной зрелости шкала (Vineland Social Maturity Scale) — методика определения степени овладения социальными навыками детьми в возрасте от 3 до 9 лет. Разработана Е.А. Доллом в 1935 г. Автор исходил из понимания социальных навыков как свойств, присущих всем людям, «как общих предпосылок уровня наблюдаемой активности индивида, имеющих социальное значение». Эта активность проявляется в первую очередь в способности следить за своими потребностями и ощущать ответственность за свои действия; комплекс этих атрибутов Е. Долл обозначил как «социальная зрелость».

Сущность тестирования состоит в описании активности ребенка и соотнесении конкретных форм его поведения с нормативами. Экспериментатор получает в ходе беседы сведения о ребенке и затем оценивает их по стандартной схеме. Применение шкалы не требует участия испытуемого, данные чаще всего собираются от других лиц, обладающих информацией о его развитии (родители, воспитатели и т. д.). Ориентиром для беседы и оценки действий является бланк для ответов, который содержит 36 нормативных требований, касающихся поведения ребенка. Задания сформулированы таким образом, чтобы выявить, способен ли ребенок самостоятельно удовлетворить свои потребности. В первую очередь нормативы касаются «социальных способностей», например самостоятельность, способность к общению, социальная включенность и т. д.

Формулировка нормативов примерно такова: для возраста 3–4 года — сам застегивает одежду, сам одевается (кроме завязывания шнурков); для возраста 4–5 лет — играет в простые настольные игры, имеет представление о деньгах и их значении.

Нормативы объединяются в следующие категории: 1) способность к самообслуживанию; 2) самостоятельность во время еды; 3) самостоятельность при одевании; 4) способность к саморегуляции поведения; 5) уровень активности; 6) уровень общения; 7) физическая активность; 8) степень социализации. Использование беседы и получение информации от лиц, знающих ребенка, оказывается вполне адекватным и для определения степени овладения социальными навыками, но предъявляет повышенные требования к психологу, который должен уметь выделить сведения, относящиеся к нормативным показателям. Выполнение каждого нормативного требования оценивается в 1 балл. Первичная оценка с учетом хронологического возраста переводится в условный показатель, позволяющий отнести испытуемого к определенной «зоне развития»; в каждой возрастной категории выделяется пять таких зон.

В. с. з. ш. пригодна для обследования лиц от рождения до 25 и даже до 30 лет. Однако из-за отличий в культурных условиях в различных возрастных выборках автор определил зону применимости шкалы от 3 до 9 лет (хотя стандартизация ее проводилась на испытуемых в возрасте от нескольких месяцев до 11 лет). Для обследования детей в возрасте до 3 лет рекомендуется использовать шкалу развития Гезелла. В процессе рестандартизации В. с. з. ш. (Кожены Й., 1974) была установлена внутренняя согласованность заданий (коэффициенты для отдельных возрастных категорий находились в диапазоне от 0,59 до 0,86). Возможности исполь-

зования В. с. з. ш. достаточно широки, она может быть с успехом применена в детской клинической психодиагностике, при контроле развития детей младшего возраста.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Ваше самочувствие» — методика, сочетающая в себе элементы опросника-анкеты, опросника состояний и настроений и опросника личностного. Предложена О.С. Копиной, Е.А. Сусловой и Е.В. Заикиным в 1995 г. Предназначена для диагностики психоэмоционального напряжения (основных составляющих и источников); в опросник входят методики экспресс-диагностики психоэмоционального напряжения и связанных с ним факторов (для большинства шкал указан предложивший их автор).

1. Шкала самооценки здоровья. Низкая самооценка здоровья, по мнению авторов, связана с повышенным уровнем стресса, низкими показателями удовлетворенности жизнью.

2. Шкала психоэмоционального стресса (Л. Ридер). Показатель стресса по этой шкале варьирует от 0 до 3 баллов; каждого обследуемого относят к одной из трех групп: с высоким, средним или низким уровнем психоэмоционального стресса.

3. Шкала удовлетворенности жизнью в целом (О.С. Копина). Оценивает субъективное состояние удовлетворенности-неудовлетворенности жизнью.

4. Шкала удовлетворенности условиями жизни (О.С. Копина). Оценивает комфортность жилищных условий, бытовых условий района проживания, политическую ситуацию в регионе и т. п.

5. Шкала удовлетворенности основных жизненных потребностей (О.С. Копина). Оценивает взаимоотношения в семье, питание, отдых, жизненные перспективы и т. п.

6. Основные социально-демографические показатели. Сведения о поле, возрасте, образовании и т. п.

Авторы рекомендуют опросник для массовых психологических обследований с целью оценки уровня психоэмоционального напряжения и его источников у различных групп населения, а также при индивидуальном консультировании.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Векслера памяти шкала (Wechsler Memory Scale, WMS) — методика психометрической оценки памяти. Разработана Д. Векслером в 1946 г. Тестовая батарея включает в себя серию из 7 субтестов, направленных на исследование отдельных мнестических функций, а именно:

I субтест — ориентировка и осведомленность. Выполнение заданий предусматривает ответы испытуемого на наиболее общие вопросы, касающиеся личных и общественных данных (6 вопросов, правильный ответ — 1 балл).

II субтест — ориентировка во времени и пространстве (5 вопросов, правильный ответ — 1 балл).

Первые два субтеста методики предъявляются в случае: а) подозрения на наличие умственного недоразвития, глубоких дефектов памяти, нарушение ориентировки; б) явной неудачи испытуемого при выполнении субтестов шкалы.

III субтест — психический контроль. Включает три задания: 1) отсчитывание от 20 в обратном порядке; 2) называние букв алфавита; 3) отсчитывание от 1 до 40 через 3 единицы. Время выполнения лимитировано. За быстрое выполнение добавляются дополнительные баллы.

IV субтест — логическая память. Задание состоит в воспроизведении коротких рассказов, отпечатанных на карточках. Оценка выполнения производится по числу воспроизведенных смысловых единиц рассказа.

V субтест — воспроизведение рядов цифр в прямом и обратном порядке. Оценка соответствует наибольшему числу элементов цифрового ряда, воспроизведенных испытуемым в двух попытках (отдельно для воспроизведения в прямом и обратном порядке).

VI субтест — воспроизведение геометрических фигур. Испытуемому демонстрируются последовательно 4 карточки с простыми геометрическими изображениями; экспозиция — 10 с. Оценка успешности выполнения дифференцирована в зависимости от числа воспроизведенных элементов фигур.

VII субтест — воспроизведение парных ассоциаций. Обследуемому зачитывают 10 пар слов, близких или отдаленных по степени ассоциативной связи. Первые 6 пар — «легкие ассоциации»; следующие 4 пары — «трудные ассоциации»; при первом прочтении они расположены вперемешку. Затем трижды, каждый раз в другом порядке, экспери-

ментатор зачитывает первое слово каждой пары и проверяет запомнившиеся ассоциации; пауза между сериями — 10 с. Правильный ответ, данный в течение 5 с, засчитывается.

Первичные результаты по всем субтестам суммируют и, используя специальную таблицу, к «сырым» баллам прибавляют возрастную поправку, рассчитанную для возрастных групп в диапазоне от 15 до 79 лет. Корригированный по возрасту первичный результат может быть переведен в оценки, соответствующие баллам IQ-показателя стандартного IQ. Имеется возможность пересчета «сырых» оценок по отдельным субтестам в оценки шкальные.

Таким образом, тест допускает профильную оценку данных с учетом состояния отдельных мнестических функций (Векслер Д., 1945). Достоинством В. п. ш. является возможность количественного измерения кратковременной и долговременной памяти, словесно-логической, визуальной и ассоциативной репродукции. Наряду с измерением многих показателей в этой компактной и удобной для проведения методике предусмотрен охват широкого возрастного диапазона испытуемых. В. п. ш. получила большое распространение в отечественной клинической психодиагностике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Внимания исследование (в клинической психологии) — совокупность методических приемов и средств, применяемых при изучении внимания. В. и. проводится при профотборе, выявлении готовности к школе и причин неуспеваемости. В клинической психологии диагностика нарушений некоторых свойств внимания позволяет выявить снижение работоспособности, возникающее в результате соматических и психических заболеваний. Используются следующие методики.

1. Методика «Корректурная проба»; предложена в 1895 г. Б. Бурдоном, применяется для диагностики устойчивости, переключаемости, выявления степени концентрации внимания, работоспособности, утомляемости при выполнении монотонной деятельности. Анализу подлежат два показателя: скорость и точность выполнения теста. Быстрый темп выполнения характерен для больных с маниакально-депрессивным психозом в состоянии маниакальности, а медленный — для больных в депрессивном состоянии. Существуют различные модификации теста: тест Тулуза—Пьерона, «кольца Ландольта», которые используются для обследования детей дошкольного возраста.

2. Методика «Отыскивание чисел» (таблицы Шульте); используется для исследования устойчивости, объема внимания, психического темпа. Анализируется показатель «время выполнения теста». Увеличение времени отыскивания чисел характерно для больных с сосудистыми заболеваниями (атеросклероз головного мозга), для больных эпилепсией, однако причины замедления темпа у указанных больных различны. Существует модификация этой методики — «черно-красные таблицы», предложенная Ф.Д. Горбовым (1959, 1964), применяется для диагностики переключаемости внимания.

3. Методика «Кубики Кооса»; предложена К. Коосом в 1920 г.; с ее помощью проводят диагностику нарушений устойчивости внимания, ориентации в пространстве, работоспособности, сообразительности. Фиксируется время выполнения заданий. Трудности при их выполнении обычно возникают у больных со сниженным интеллектом (олигофрения), больных с органическими заболеваниями и больных с локальными поражениями мозга. В отдельных случаях данная методика используется как невербальный тест интеллекта.

4. Методика «Куб Линка»; используется для исследования устойчивости внимания, эмоциональных реакций, пространственных нарушений. Непонимание инструкции и вследствие этого невозможность выполнить задание характерны для больных олигофренией (средняя ее степень — имбецильность), больных со сниженным интеллектом в результате органических поражений мозга, больных с локальным поражением мозга (левая теменная доля). Нарушения, проявляющиеся в виде увеличения ошибок к концу работы из-за утомляемости, характерны для астенизированных больных.

5. «Доски Сегена»; методика предложена Э. Сегеном в 1866 г., позволяет определить умственное развитие детей дошкольного возраста, выявить детей с его задержкой.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Карлинская, И.Б. Ханина

«Внушаемость» тест — личностный опросник; предложен С.В. Клаучеком и В.В. Деларю в 1997 г.; предназначен для скрининга лиц, обладающих повышенной внушаемостью и, соответственно, высокой готовностью к развитию психогенно индуцированных состояний (хемофобий, радиофобий и т. п.). Авторы сообщают о достаточно высокой валидности и надежности методики при обследовании людей в естественных условиях жизнедеятельности; рекомендуют ее для оценки уровня внушаемости как отдельных индивидов, так и групп населения.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Гипноанализ (греч. hypnos — сон и analysys — расчленение) — диагностическая процедура, в которой составление анамнеза или выявление содержания эмоциональных переживаний жизни пациента происходит в то время, когда он находится в гипнотическом погружении. Благодаря Г. воспроизведение воспоминаний значительно облегчается и, кроме того, появляется возможность катарсического отреагирования тех событий, которые были вытеснены из сознания пациента. Данная процедура наиболее эффективна, если есть признаки актуального конфликта, а рациональная психотерапия встречает непроизвольное сопротивление пациента. Следует помнить, что классический гипноз в лечебных целях обычно применяют специалисты, имеющие базовое медицинское образование, прошедшие постдипломную специализацию по психиатрии и получившие специальную подготовку в области гипноза.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Кондаков

Гиссеновский перечень жалоб (Giesener Beschwerdebogen GBB) — опросник-анкета, предназначен для выявления субъективной картины физических страданий больных. Авторы — Е. Брюхлер и Дж. Снер, разработавшие его в 1967 г. Г. п. ж. состоит из перечня, включающего 57 жалоб, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. Степень их интенсивности оценивается по 5-балльной шкале. Примеры жалоб:

1. Ощущение слабости 0 1 2 3 4.

9. Боли в суставах и конечностях 0 1 2 3 4.

55. Ощущение давления в голове 0 1 2 3 4.

Помимо жалоб, выясняется их обусловленность психическими или физическими факторами с точки зрения пациента. Предусмотрена возможность указания на не содержащиеся в Г. п. ж. жалобы. На основе факторного анализа выделены четыре основные и пятая дополнительная шкалы.

Шкала 1 — «Истощение» (И) — характеризует неспецифический фактор истощения, указывающий на общую потерю жизненной энергии, потребность в помощи.

Шкала 2 — «Желудочные жалобы» (Ж) — отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий.

Шкала 3 — «Ревматический характер» (Р) — выражает субъективные страдания пациента, носящие аллергический или спастический характер.

Шкала 4 — «Сердечные жалобы» (С) — указывает на то, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере.

Шкала 5 — «Давление» или «Интенсивность жалоб» (Д) — характеризует общую интенсивность жалоб.

Оценки по шкалам получают путем суммирования баллов по каждому входящему в эти шкалы пункту. Для оценки субъективной степени физических недомоганий авторы предлагают рассматривать ее в сравнении с данными выборок пациентов, их здоровья, а также учитывать возрастные и половые различия. В качестве такого интегрального показателя для сопоставления используется так называемый процентный ранг — процент испытуемых из «выборки стандартизации», получивших равный или более низкий балл, нежели обследуемый. Г. п. ж. предполагает также графическое отображение результатов. Помимо интерпретации по пяти шкалам, возможен анализ, базирующийся на всех пунктах.

Стандартизация Г. п. ж. проводилась на выборке населения ФРГ (1601 чел.) и пациентах психосоматической клиники Гиссеновского университета (4076 чел.). Имеется русскоязычный вариант Г. п. ж. (Абабков В.А., Бабин С.М., Исурина Г.Л. и соавт., 1993), стандартизованный на здоровых (286 чел.) и больных с невротическими и психосоматическими расстройствами (467 чел.). Помимо основного

предназначения Г. п. ж. в психодиагностике может использоваться для изучения эффективности психотерапии, при решении проблемы взаимовлияния физических жалоб у супругов, ответной реакции на заболевание партнера.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Гиссенский тест (Giesen-Test, GB) — опросник личностный. Разработан Д. Бэкманом и Г. Рихтером в 1968 г. Предназначен для диагностики психосоциальных связей личности. Г. т. содержит три варианта одних и тех же 40 биполярных утверждений («Я», «Он», «Она»); введение таких вариантов заданий необходимо для получения характеристик испытуемого со стороны окружающих, что делает, например, возможным дополнение самохарактеристики пациента характеристикой врача; удобно для обследования семейных пар, психотерапевтических групп и т. д. Каждое из утверждений оценивается по 7-балльной шкале. Примеры заданий (в варианте «Я»):

1. У меня впечатление, что я скорее терпеливый — скорее нетерпеливый человек.

14. Я редко чувствую себя подавленным — часто чувствую себя подавленным.

40. Я чувствую себя свободно в обращении с лицами другого пола — очень скованно.

Сырые оценки подсчитываются по шести основным шкалам. К полученному результату добавляются корректирующие константы, содержание которых сходно с прибавкой показателей шкалы коррекции MMPI. Полученные показатели могут быть преобразованы в стандартные Т-баллы. Дополнительно подсчитываются результаты по двум установочным шкалам: установочная «шкала М» показывает количество средних выборов (0), «шкала Е» — количество крайних выборов (3). На основании данных этих шкал можно судить об отношении испытуемого к ситуации обследования, действии некоторых защитных механизмов личности (например, большое количество средних выборов может быть истолковано как проявление эмоционального безразличия к обследованию, а большое количество крайних выборов может указывать на возбужденное состояние или недостаточный самоконтроль).

Основные шкалы Г. т. выделены на основе факторного анализа данных обследования 235 больных неврозами. Каждая из них имеет два полюса.

1. Шкала социального одобрения. Полюс низких значений свидетельствует о непривлекательности субъекта, неуважении его окружающими, неумении добиваться поставленной цели, непопулярности. Высокие значения — у лиц, уверенных в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, в способности добиваться цели, уважаемых и высоко оцениваемых другими людьми. С помощью этой шкалы диагностируется способность успешно взаимодействовать с окружением.

2. Шкала доминантности. На одном полюсе — властолюбие, нетерпение, желание настоять на своем. На другом — послушание, уступчивость, терпение. Эти взаимодополняющие личностные особенности отождествляются с психосоциальными защитными формами поведения, в которых противопоставляются агрессивность, импульсивность, притязания на первенство и терпеливость, покладистость, неспособность к агрессии, склонность к подчинению, зависимость.

3. Шкала контроля. Низкие показатели связаны с неаккуратностью, непостоянством, склонностью к беззаботному поведению, легкомысленным поступкам, неумению распоряжаться деньгами (недостаточный контроль). Для избыточного контроля характерны педантичность, усердие, отсутствие склонности к легкомысленному, беззаботному поведению.

4. Шкала преобладающего настроения. Два полюса: гипоманиакальный (лица, редко испытывающие подавленность, не склонные к рефлексии и критическому отношению к себе, не скрывающие раздражения, независимые) и депрессивный (подавленность, склонность к рефлексии, робость, зависимость, самокритичность). Предполагается, что преобладающее настроение связано с основным для личности направлением развития агрессии (вовне или против собственного «Я»).

5. Шкала открытости — замкнутости. Лица, демонстрирующие низкие показатели по этой шкале, характеризуются как доверчивые, открытые перед другими людьми, обладающие большой потребностью в любви, откровенностью; на другом полюсе — замкнутые, недоверчивые, отстраненные от

других людей, стремящиеся скрыть собственную потребность в любви. С помощью этой шкалы диагностируется основная характеристика социальных контактов и социального поведения, развивающаяся из первичного доверия или недоверия.

6. Шкала социальных способностей. На одном полюсе активная, общительная, непринужденная, конкурентоспособная личность с богатым воображением и способностью к сильным чувствам. «Социальная слабость», по мнению авторов, характеризуется необщительностью, слабой способностью к самоотдаче, неспособностью к длительным привязанностям, бедной фантазией. Комплекс качеств, отраженных в этой шкале, позволяет судить о степени зрелости личности.

В целом содержание 6 основных шкал, по замыслу авторов Г. т., охватывает те внутриличностные и психосоциальные переменные, которые имеют центральное значение для современной психоаналитической диагностики.

Г. т. первоначально использовался в области клинической психодиагностики, однако позднее сфера применения была существенно расширена. Опросник получил распространение в социально-психологических исследованиях. В 1975 г. с учетом опыта применения в новых сферах выполнена повторная «стандартизация» (Бэкман Д. и соавт., 1983). В начале 90-х гг. Г. т. был адаптирован для отечественной популяции (Голынкина Е.А. и соавт., 1993). Выборка стандартизации составила 173 человека в возрасте от 18 до 57 лет. Наряду с переводом и рестандартизацией Г. т. определены основные психометрические характеристики русскоязычной версии. Коэффициент ретестовой надежности по различным шкалам составил: r = 0,58–0,83, коэффициент внутренней согласованности: r = 0,45–0,70. Валидность конструктная определялась на основе сопоставления с данными «Шестнадцатифакторного личностного опросника Р. Кэттела». О валидности критериальной можно судить по данным сравнительных исследований здоровых людей и больных психосоматическими заболеваниями.

Г. т. как средство психологической диагностики личности получил распространение; особенно перспективно его использование в клинической психодиагностике при контроле эффективности психотерапии. Однако особенностью структуры Г. т. является то, что наряду с относительно постоянными во времени личностными свойствами авторы включили те переменные, которые связаны с ожидаемыми изменениями после проведения психотерапии. Поэтому возможны методические затруднения, обусловленные тем, что в отличие от, например, MMPI Г. т. не имеет предпочтительной направленности отдельных шкал, т. е. изменения влево и вправо в равной степени могут отражать усиление и ослабление невротических тенденций. Усреднение же показателей в этом случае приведет к нивелированию как изначально имеющихся различий, так и возникающих изменений. Поэтому рекомендуется в случае разных клинических групп и различной по форме и длительности психотерапии разрабатывать релевантные выборке специальные шкалы на базе всех заданий опросника.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Гудинаф «Нарисуй человека» тест (Goodenough Draw-A-Man Test) – тест интеллекта. Предназначен для измерения уровня интеллектуального развития детей и подростков. Предложен Ф. Гудинаф в 1926 г. Обследуемому предлагают изобразить на листе бумаги мужчину, причем просят сделать это как можно лучше. Время рисования не ограничивается. Оценка уровня интеллектуального развития осуществляется на основе того, какие части тела и детали одежды изображает обследуемый, как учтены пропорции, перспектива и т. д. Ф. Гудинаф разработала шкалу, по которой можно оценить 51 элемент рисунка. Имеются нормы для детей от 3 до 13 лет, которые могут быть сопоставлены с умственным возрастом. Надежность Г. «Н. ч.» т., неоднократно проверявшаяся разными методами, достаточно высока; коэффициент надежности ретестовой составляет 0,68, а коэффициент надежности методом расщепления – 0,89. Показатели валидности конструктной, несмотря на вариабельность, превышают 0,50. Г. «Н. ч.» т. может быть использован как в индивидуальном, так и в групповом исследовании. На его основе К. Маховер была предложена проективная методика исследования личности.

В 1963 г. Д. Харрисом Г. «Н. ч.» т. был пересмотрен, расширен и опубликован под названием «Гудинаф–Харрис рисования тест» (Goodenough-Harris Drawing Test). В варианте, предложенном

Д. Харрисом, после того как нарисован мужчина, обследуемому предлагают изобразить женщину, а затем нарисовать свой портрет. Наряду с известным способом оценки рисунка по его элементам предложена более простая обработка результатов тестирования — качественная оценка рисунка в целом путем сопоставления полученного изображения с 12 образцами (по степени сходства с эталоном). Коэффициент корреляции между данными, полученными при рисовании мужчины и женщины, весьма высок (0,91–0,98), что позволяет считать оба варианта взаимозаменяемыми. Изображение испытуемым самого себя разрабатывалось Д. Харрисом как проективная методика исследования личности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Двадцать утверждений самоотношения» тест (Twenty statements attitude test) — опросник личностный, вариант нестандартизированного самоотчета, сближающийся с проективными методиками исследования личности. Предназначен для исследования самоотношения. Предложен М. Куном и Т. Мак-Партландом в 1954 г.

«Д. у. с.» т. основан на использовании нестандартизированного самоописания с последующим контент-анализом. Испытуемый должен в течение 12 мин дать двадцать различных ответов на вопрос, обращенный к самому себе: «Кто я такой?». В инструкции указывается, что ответы следует давать в том порядке, в котором они спонтанно возникают, не заботясь о последовательности, грамматике и логике. Категории контент-анализа, которые используются в тесте, были выделены на основе ряда исследований; таковыми являются: а) социальные группы (пол, возраст, национальность, религия, профессия); б) мировоззренческие позиции (философские, религиозные, политико-идеологические, моральные высказывания); в) интересы и увлечения; г) стремления и цели; д) самооценка. Теоретической основой создания «Д. у. с.» т. является разработанное М. Куном понимание личности, операциональную сущность которой можно определить через ответы на вопрос: «Кто я такой?», обращенный к самому себе (или обращенный к ней другим лицом вопрос: «Кто вы такой?»); общая тенденция в ответах состоит в том, что «присоединяющие» утверждения, в которых фиксируется принадлежность испытуемого к той или иной категории людей, выносятся раньше, чем «дифференцирующие». Среди наиболее частых категорий, выявленных на больших выборках в зарубежных исследованиях, — профессиональная идентичность, семейная роль и статус, религиозная идентичность, пол и возраст. Пока более ясны социологические закономерности, проявляющиеся в ответах испытуемых (например, возраст чаще упоминают молодые и пожилые люди, женщины чаще упоминают семейный статус, мужчины — половую принадлежность), чем психологические. Обычно считается, что порядок называния категорий соответствует выраженности и значимости тех или иных признаков, однако это не является доказанным; возможно влияние стереотипов, защитных механизмов и т. д. Так, показано, что дети чаще, чем взрослые, определяют себя через ситуативные и частные особенности, а частота упоминания расы и национальности зависит от этнической однородности общества, к которому принадлежит испытуемый. Различаются ответы, касающиеся самоидентичности в рамках индивидуального уровня самосознания, и ответы, относящиеся к личностной самоидентичности. Диагностическое использование «Д. у. с.» т. затрудняется отсутствием социокультурных нормативных показателей, данных о валидности и надежности. Не решены также теоретические и методические проблемы кодирования ответов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Деревня» (Village) — проективная методика исследования личности. Произведение Г. Уэллса «Игры на полу» (1911) дало импульс к созданию методики «Д.» и теста «Мир». В 1939 г. «Д.» была предложена независимо друг от друга несколькими авторами. Р. Мукиелли издал в 1960 г. первое полное руководство; предназначена для исследования детей и взрослых.

Стимульный материал «Д.» состоит из небольших по величине предметов, количество которых доходит до 300 (в зависимости от вариантов различных авторов). Среди них: школа, больница, мэрия, церковь, торговые лавки (мясная, булочная), кафе, деревья различной формы, автомобили, стены, фигурки людей и животных и т. п. Испытуемому

предлагается построить деревню, в которой он будет жить. Психолог фиксирует поведение испытуемого и время работы, после окончания которой просит прокомментировать результат. Вопросы могут быть заданы как произвольные (например: «В каком месте деревни вы живете?», «Какой уголок вам нравится больше всего?», «Есть ли в деревне уголок, который напоминает вам знакомые места?»), так и по определенной схеме (существует 8 стандартных вопросов). После этого на бумаге делается набросок деревни, в котором тщательно отмечается расположение каждого предмета.

Теоретические основы методики основываются на исследованиях в области феноменологии, символизма, экзистенциализма; анализу подвергаются в первую очередь символическое жизненное пространство и его структура. При интерпретации результатов учитывается символика правого и левого, верха и низа. Например, доска (или стол), на которой строится «Д.», может быть условно поделена на три горизонтальные зоны. Наиболее удаленная от испытуемого рассматривается как зона стремлений, центральная — как сфера настоящего, ближайшая — как сфера актуальных переживаний и Эго. Возможно деление по вертикальным зонам, а также по небольшим квадратам (от 8 до 16). По мнению Р. Мукиелли, в исследованиях с помощью «Д.» выявляются 4 переменные: 1) психологический возраст; 2) характер (поведение); 3) культурный уровень; 4) внутренний мир личности, о чем свидетельствуют символические фантазии, которые необходимо декодировать. Интерпретации подлежат: а) форма переживаемого пространства; б) значение, придаваемое элементам построенной «Д.» (например, аптека — символ заботы о здоровье, страха болезни, небольшого недомогания; мясная лавка — символ насилия, агрессии, убийства; вокзал — символ изменения жизни, разрыва с настоящим, отъезда). Обсуждается также потребность: в) в топографическом анализе рельефа «Д.», ее высоты, наличия долин, возвышенностей; г) типичных экспрессивных движений в процессе создания «Д.».

В исследованиях с использованием методики выявились типы макетов «Д.», характерные для различных контингентов испытуемых. Р. Мукиелли выделил маркеры «патологических симптомов»: опустошенная «Д.», переполненная «Д.», хаотичная «Д.», расщепленная «Д.», безлюдная «Д.», «Д.» с двойным центром, «Д.», построенная в виде лабиринта, «Д.», в которой постройку объединяет общая идея, и т. д. Так, лица, страдающие неврозами, создают, как правило, опустошенный, безлюдный, излишне строгий или беспорядочный макеты «Д.».

В специальных исследованиях изучалась проблема дополняемости или взаимодополняемости «Д.» и теста «Мир», во многом сходных методик. Было показано, что обе методики обладают достаточной валидностью, успешно дифференцируют различные клинические группы и могут быть использованы альтернативно при необходимости диагностики нервно-психических расстройств. При углубленной индивидуальной диагностике рекомендуется использовать обе методики, т. к. они освещают различные стороны личности.

За рубежом «Д.» используется при профотборе и профориентации, в процессе психотерапии. Усложненная интерпретация затрудняет широкое распространение «Д.». Необходимы исследования по ее стандартизации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Детского описания родительского поведения опросник (Children's Report of Parental Behavior Inventory, CRPBI) — опросник личностный, направленный на изучение установок, поведения и методов воспитательных воздействий родителей с точки зрения их детей. Разработан Э.С. Шефером в 1965 г. Первоначальный вариант состоял из 20 шкал по 10 вопросов в каждой. В последующей редакции сокращено количество шкал до 18 при общем объеме вопросов 192. Диагностируемые параметры описываются тремя факторами: 1) принятие — непринятие родителей; 2) психологический контроль — психологическая автономия; 3) строгий воспитательный подход — подход либеральный.

За рубежом Д. о. р. п. о. часто используется в модификации С. Шлудерман и Е. Шлудерман, сокративших количество вопросов до 108 за счет выделения наиболее диагностически ценных. Изучаемые факторы в модифицированном варианте квалифицируются следующим образом: а) положительное отношение — враждебность; б) директивность — автономия; в) последовательность — непоследовательность воспитательных воздействий. Известен

также предложенный на этой основе вариант З. Матейчека и П. Ржичана (1983). Благодаря анализу гомогенности (внутренней согласованности) вопросов по отношению к выделенным факторам появилась возможность разработать более компактную версию, обладающую высокой надежностью и получившую название «Опросника родительского поведения и установок для молодежи» (МОЛОР — сокращенное «молодежь — родители»). МОЛОР состоит из 50 высказываний, касающихся поведения родителей, на которые испытуемые могут отвечать в трехбалльной шкале («да», «частично», «нет»), что выражается количественными оценками 2–1–0. Методика включает 4 тестовые тетради, которые различаются в зависимости от субъекта и объекта оценивания: оценка отца дочерью, оценка отца сыном, оценка матери дочерью, оценка матери сыном. Оценки первичные переводятся в производный показатель, который представляет собой пятибалльную систему стандартных оценок; эти оценки являются удвоенными стэнами 1–2, стандартная оценка «2» соответствует стэнам 3–4 и т. д. Опросник предназначен для обследования лиц в возрасте 13–18 лет.

Валидность эмпирическую устанавливали путем сравнения оценок отдельных шкал в группах учеников с хорошей и плохой успеваемостью, при этом были получены достоверные различия (более отчетливо при оценке матери). Валидность критериальная определялась сопоставлением результатов у детей, родившихся при нежелательной беременности, с детьми, эмоционально принятыми родителями, а также сопоставлением данных, полученных у детей, живущих в полных и неполных семьях. Имеются сведения о валидности конструктивной, полученные при сопоставлении результатов опросника с аналогичными данными, направленными на анализ отношений между детьми и родителями. Внутренняя согласованность шкал оценки матери и отца является удовлетворительной, коэффициент корреляции варьирует в интервале 0,53–0,86. Отмечается высокая надежность ретестовая; при интервале ретеста 2 недели были получены коэффициенты: rt = 0,70–0,86 (при оценке матери и отца). З. Матейчек и П. Ржичан (1983) указывают на высокую информативность МОЛОР при анализе семейных конфликтов, воспитательных проблем, при нарушениях поведения и невротических расстройствах в случае развода в семье, при проблемах с обучением в школе. Опросник находит применение и в клинической практике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Дженкинса поведения обозрение (Jenkins Activity Survey, JAS) — опросник личностный, направленный на выявление поведения типа А. Разработан Д. Дженкинсом в 1967 г.; среди опросников, направленных на диагностику поведения типа А, используется наиболее часто.

Поведение типа А — поведенческий синдром, который характеризуется агрессивностью, нетерпеливостью, чрезмерной вовлеченностью в работу, стремлением к достижениям, соперничеству, преувеличенным чувством недостатка времени, торопливой речью, напряженностью мышц лица и тела. Людям противоположного типа Б эти особенности не свойственны. М. Фридман, Р. Розенман, вводя это понятие в 60-е гг. XX в., обнаружили, что лица, отнесенные к типу А, от 4 до 7 раз чаще (чем лица типа Б) заболевают инфарктом миокарда. Поиски типа коронарной личности начались еще в позапрошлом веке; в 1938 г. он был выделен и описан в рамках концепции «профиля личности». Впоследствии изучались отдельные психологические характеристики вне связи с общей структурой личности. Преморбидные личностные особенности трудно было отграничить от приобретенных под влиянием болезни, и поэтому был сделан переход от категории «личность» к категории «поведение», которая чаще всего и используется в современных исследованиях ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда.

Д. п. о. состоит из 61 вопроса. Испытуемый должен выбрать один из двух-пяти предусмотренных вариантов ответа, каждому из которых после окончания работы с опросником присуждается «вес» от 1 до 13 баллов; причем 1 балл присуждается варианту ответа, наиболее отражающему поведение, характерное для типа А. Если предлагаются 2 варианта ответов, один из них оценивается 1 баллом (тип А), другой — 13 баллами (тип Б); если 3 варианта ответов, то промежуточный оценивается 7 баллами; при 4 вариантах ответа баллы распределяются следующим образом: 1, 5, 9, 13; при 5 ва-

риантах – 1, 4, 7, 10, 13. Эта система оценки баллов предложена А. Гринявичюс при «адаптации» методики на русском и литовском языках (Гоштаутас А., Ядов В., Семенов Ю, 1972–1976) при выполнении международной Каунасско-Роттердамской программы (исследовалось 1450 мужчин в возрасте от 40 до 59 лет). Примеры вопросов и вариантов ответов:

– Бывает ли, что вы торопитесь к месту назначения, хотя времени еще вполне достаточно?

а) часто; б) иногда; в) редко или почти никогда.

– Бывает ли, что вам трудно выбрать время, чтобы сходить в парикмахерскую?

а) никогда; б) иногда; в) почти всегда.

– Согласились бы хорошо знающие вас люди с утверждением, что вы живете мирной и спокойной жизнью?

а) абсолютно да; б) возможно, да; в) возможно, нет; г) абсолютно нет.

Диагностическое суждение о выраженности особенностей типа А принимается на основании итоговой балльной оценки. Диагностируются: тип А, средний тип АБ, тип Б.

Валидность Д. п. о. устанавливалась путем сопоставления результатов, полученных с его помощью, и данных интервью; диагностическое решение совпадало в 65–73 % случаев. Валидность текущая характеризуется наличием связи между данными, полученными с помощью опросника, и выраженностью артериосклероза, повторными случаями инфаркта миокарда.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Диагностическое интервью Гендерсона (Gunderson's Diagnostic Interview for Borderlines, DIB) – опросник-анкета, предназначенный для оценки симптомов и особенностей у больных с пограничными психическими расстройствами. Д. и. Г. включает 29 пунктов, относящихся к пяти областям функционирования (социальное поведение, импульсивные поступки, аффективная сфера, психотические симптомы, межличностное взаимодействие). Применяется для ориентировочной постановки диагноза.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Дом – дерево – человек» тест (House – Tree – Person Test) – проективная методика исследования личности; предложена Дж. Буком в 1948 г. Тест предназначен для обследования взрослых и детей, возможно групповое обследование. Обследуемому предлагают нарисовать дом, дерево и человека. Затем проводят детально разработанный опрос.

Выбор предметов для рисования автор обосновывает тем, что они знакомы каждому обследуемому, наиболее удобны как объекты для рисования и, наконец, стимулируют более свободные словесные высказывания, нежели другие объекты. По мнению Дж. Бука, каждый рисунок – это своеобразный автопортрет, детали которого имеют личностное значение. По рисунку можно судить об аффективной сфере личности, ее потребностях, уровне психосексуального развития и т. д. Помимо использования «Д. – д. – ч.» т. в качестве проективной методики автор демонстрирует возможность теста определять уровень интеллектуального развития (коэффициент ранговой корреляции с тестами интеллекта составляет 0,41–0,75). Это согласуется с давними традициями диагностики уровня интеллекта с помощью рисунка (например, тест Гудинаф «Нарисуй человека»). Зарубежные исследователи считают необходимым дополнительное изучение валидности «Д. – д. – ч.» т. как инструмента измерения интеллекта и личностных особенностей. Широкого распространения в психодиагностических исследованиях «Д. – д. – ч.» т. не получил.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Животного предпочитаемого тест (The Animal Preference Test, TAPT) – проективная методика исследования личности детей и подростков. Впервые описан как «тест выражения желания» испанским психиатром Х. Пигемом в 1945 г. (наиболее полное описание издано в 1949 г.) и состоит из двух вопросов: «Кем бы ты хотел быть, если бы не мог быть человеком?» и «Кем бы ты больше всего не хотел быть?»; требовалось дать по три ответа на каждый вопрос. Затем ребенка спрашивали о причине выбора. При интерпретации важно различать объективную и субъективную символизацию, общепринятые и индивидуальные символы.

Пигем основывался на том, что все люди могут быть охарактеризованы как животные. Еще Аристотель в «Физиогномике» наделял животных особыми качествами, что способствовало инверсии — описанию людей путем сравнения их с животными по чертам характера, особенностям внешности или поведения. Многие авторы указывают на легкость, с которой дети используют животных в качестве объекта проекции.

Д. Ван Кревелен, опираясь на предшествующие варианты Ж. п. т., модифицировал его и предложил собственную версию в 1953 г. (окончательную — в 1956 г.). В этой версии используется игровая форма вопросов, стимулирующая воображение ребенка. Например: «Представь себе, что фея входит в эту комнату и хочет превратить тебя в кого-нибудь. Она дает тебе право сказать, кем бы ты хотел быть. Что бы ты выбрал? Только скажи, кем бы ты хотел быть!»

Современные исследования с использованием Ж. п. т. характеризуются стандартизацией процедуры обследования, изучением валидности конструктной и выделением диагностических показателей. Так, в исследовании Е. Рохае и С. Хубера (1991) каждому ребенку задается два вопроса: 1) «Если бы ты больше не мог быть человеком, каким животным ты больше хотел бы быть?»; 2) «Если бы тебе пришлось быть животным, каким животным ты никогда не хотел бы быть?» Необходимо сделать по три выбора на каждый вопрос. После этого ребенка спрашивают, почему он выбрал именно этих животных. Причины выбора животных относятся к одной из четырех категорий, выявленных в специальном исследовании:

1. Агрессивный выбор (если животное выбирается, потому что оно нападает, бьет, кусает, дерется или является свирепым, воинственным, недружелюбным).

2. Автономный выбор (если животное выбирается, потому что оно свободно, независимо, большого размера, физически сильное, мускулистое или, как кажется ребенку, обладает решительностью или уверенностью в себе).

3. «Выбор помощи» (если животное выбирается, потому что оно может дать приют, защиту, любовь, благосостояние, пищу, поддержку).

4. Эстетический выбор (если животное выбирается из-за его красоты, изящества, грациозности, приносимого им эстетического удовольствия).

Показано, что негативные выборы являются лучшим индикатором психических особенностей детей сравнительно с позитивными, т. к. выявляются более индивидуальные, личностные параметры, в то время как позитивные выборы выявляют стереотипные, общепринятые паттерны поведения. Оказалось, что дети, отвергающие животных по причине их эстетических или пищевых особенностей, были более агрессивными и более склонными к депрессии, чем отвергавшие животных из-за их агрессивности или автономности (вследствие дезадаптивности защитного механизма, каковым является «отвержение эмоциональной поддержки», отражающееся в негативных выборах детей).

Проводилось исследование валидности конструктной Ж. п. т.; данные, полученные с его помощью, сопоставлялись с данными исследования по шкале детского поведения Т. Ахенбаха (Child Behavior Cheeklist, CBCL) 40 детей 6–12 лет, находившихся на лечении в психиатрической клинике. Результаты свидетельствуют о достаточно высокой валидности Ж. п. т.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Жизненного стиля индекс (Life Style Index, LSI) — опросник личностный, предназначен для диагностики механизмов защиты «Я»; предложен Р. Плучеком, Г. Келлерманом и Г. Конте в 1979 г. Ж. с. и. состоит из 97 утверждений, требующих ответа по типу «верно — неверно».

Измеряются 8 видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация), регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствуют от 10 до 14 утверждений, описывающих личностные реакции индивидуума, возникающие в различных ситуациях. Например: «Если я сержусь на своего товарища, то, вероятно, сорву злобу на ком-нибудь другом» (замещение). Сырые оценки переводятся в процентили, строится профиль защитной структуры обследуемого.

По мнению авторов, использование защитных механизмов не обязательно остается вне сознания человека, несмотря на их развитие в области бессознательного, что и дает возможность их диагно-

стики с помощью опросника. В основе Ж. с. и. лежит теория, устанавливающая взаимосвязь защитных механизмов с различными аффективными состояниями и клинико-диагностическими критериями. Создана модель из четырех пар биполярных эмоций: страх — гнев, веселость — печаль, принятие — отвращение, надежда — удивление, которые, как предполагается, связаны с отдельными защитными механизмами, зависящими, в свою очередь, от некоторых личностных черт. Последние, при известной степени их выраженности, признаются авторами как важнейшие образующие соответствующих личностных расстройств, описание которых заимствовано из DSM-II (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Washington, 1968).

Авторами представлены сведения о достаточно высокой валидности и надежности опросника; стандартизация проводилась на различных клинических группах. В СНГ имеется русскоязычный вариант методики (Клубова У.Б., 1991), собраны нормативные данные.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Завершение предложений» методики (Sentence-Completion Techniques) — группа проективных методик исследования личности. «З. п.» м. представляют собой развитие теста словесной ассоциации. В качестве инструмента для измерения лингвистических способностей вербальные завершения имеют давнюю историю в психологических исследованиях; впервые для изучения личности «З. п.» м. были применены А. Пейном (1928), а затем А. Тендлером (1930). Обследуемому предлагается серия незаконченных предложений, состоящих из одного или нескольких слов, с тем чтобы он их завершил по своему усмотрению, например:

— Будущее кажется мне...

— Думаю, что настоящий друг...

— Женщины...

Предложения формулируются таким образом, чтобы стимулировать обследуемого на ответы, относящиеся к изучаемым свойствам личности. Обработка полученных данных может быть как качественной, так и количественной. Существует значительное количество методик, основанных на принципе вербального завершения; одни предназначены для выявления мотивов, потребностей, другие — чувств обследуемого, его отношения к семье, половой жизни, вышестоящим по работе и т. д. Наиболее известны «З. п.» м., разработанные Дж. Роттером (1950), Д. Саксом (1950), Б. Форером (1950), А. Роде (1957). Принцип вербального завершения используется также в методиках «завершение истории». Достоинствами «З. п.» м. являются их гибкость, возможность приспособления к разнообразным исследовательским задачам.

По оценке зарубежных специалистов валидность и надежность этих методик достаточно высоки (Ватсон Р., 1978). Допускается групповое обследование. В странах СНГ разные виды «З. п.» м. используются преимущественно в клинико-диагностических исследованиях (Румянцев Г.Г., 1969; и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Зеркального рисунка тест — методика оценки перцептивно-моторных способностей и особенностей личности. Разработан М. Кучерой и В. Смекалом в 1976 г. Прием, предусматривающий зеркальное восприятие рисунка, применялся в экспериментально-психологических целях еще в конце позапрошлого века; различные авторы использовали эту тестовую модель для выявления уровня развития моторики, определения индивидуальных различий в темпе обучения, латерализации функций правой и левой рук, особенностей зрительно-моторных связей. В последующем этот прием применялся для диагностики таких особенностей личности, как тревожность, импульсивность, чувство неполноценности, агрессивность, уровень адаптации к стрессу, эмоциональная лабильность, самокритичность, пессимизм и некоторых других (Черны В., Коллярик Т., 1988).

Содержание работы испытуемого заключается в зеркальном срисовывании с тестовых образцов. Для этого используется специальное устройство, представляющее собой камеру с установленным в ней зеркалом. Испытуемый из-за ширмы (экрана) может видеть лишь зеркальное изображение тестового объекта. Стимульный материал теста состоит из двух серий, в каждой из которых по три образца; образец состоит из семи точек, пронумерованных так, что, отражаясь в зеркале, последовательность точек

располагается против часовой стрелки. Задача испытуемого — соединить точки линиями согласно последовательности числового ряда. Испытуемый не может отрывать ручку от бумаги до соединения линией последней пары точек. Во время выполнения заданий экспериментатор может воздействовать на поведение и состояние испытуемого для повышения эмоционального напряжения (замечания, критика, указание на медлительность и пр.) либо оказания поддержки (например, в ситуации, чреватой отказом от продолжения работы). Проведение теста требует приблизительно 30 минут.

Идея теста состоит в том, что для большинства взрослых людей выполнение предлагаемых заданий связано со значительной психической нагрузкой, которая у некоторых из них может перейти во фрустрацию. Тест направлен на оценку интенсивности напряжения и типа поведения в ситуации фрустрации. Для этого фиксируются разнообразные поведенческие проявления испытуемого, к которым относятся:

1. Психофизические проявления напряжения (потливость, тремор).

2. Выражение лица и спонтанное поведение.

Согласно комплексу этих показателей (1 и 2) состояние испытуемого характеризуется по следующим вариантам: а) нервозность; б) напряженность; в) сосредоточенность; г) спокойствие; д) легкое отношение (как к развлечению).

3. Целенаправленность и осознанность выполнения.

4. Способ удержания ручки или карандаша (свободное или напряженное).

5. Способ рисования и характер штриха (оценивается в трех аспектах: скорость, характер штриховки, выдерживание направления).

6. Вербальные проявления (нейтральные, критические, подбадривающие, самообвиняющие, проявления депрессии, смущения, отказ, сопровождение деятельности счетом точек).

Дополнительно фиксируется время, затраченное на выполнение каждого задания, общая продолжительность работы испытуемого, периоды замедления темпа выполнения. Характер рисунка дополнительно оценивается параметрами размаха (степени отклонения линии от прямой между точками); нажима (различается величиной — сильный, средний, слабый и характером — регулярный, с колебаниями); штриховки (быстрая, средняя, медленная, равномерная, неравномерная, легкая) и рядом других показателей.

Согласно разработанной авторами З. р. т. схеме, по отдельным показателям начисляются первичные баллы, которые для отдельных диагностических критериев переводятся в стэны. Результат фиксируется в виде «профильной оценки» на специальном бланке. Интерпретация результатов З. р. т. зависит от целей обследования и имеет следующие формы:

1. Общая характеристика основных проявлений поведения и особенностей выполнения рисунка без подсчета первичных баллов.

2. Количественная интерпретация с последующим пересчетом первичных баллов в стэны по шести ориентировочным характеристикам личности.

3. Качественная интерпретация полученного профиля и зафиксированных особенностей поведения и качества исполнения рисунка.

4. Комплексная интерпретация результатов с формулированием заключения.

Наибольшую значимость имеют шесть диагностических категорий, выраженных биполярно: а) нейропсихологическая лабильность — стабильность; б) импульсивность — владение собой; в) сильная воля — слабая воля; г) устойчивость — неустойчивость к стрессу; д) ригидность — подвижность; е) хорошая — недостаточная приспособляемость.

Высокая степень сложности системы оценок интерпретативной схемы, большое количество специфических оценочных показателей требуют от психолога, проводящего З. р. т., дополнительной квалификации. Характер тестовой модели З. р. т. существенно ограничивает возможности определения надежности методики, тем не менее результаты, полученные разработчиками, подтверждают стабильность результатов теста во времени при повторном его применении спустя 2–6 месяцев. Коэффициент ретестовой надежности по показателю общего времени выполнения составил rt = 0,815, а по показателям таких параметров рисунка, как сложность, размах, нажим, находится в пределах rt = 0,550–0,770. В процессе валидизации З. р. т. авторы проанализировали факторные связи между комплексами поведенческих проявлений (физические симптомы, словесные симптомы волнения и т. д.) и основными диагностическими категориями теста

(лабильностью, импульсивностью, устойчивостью к фрустрации, ригидностью и адаптацией). Корреляционная матрица содержит преимущественно достоверные статистические величины вплоть до rxy = 0,995. Положительные данные о валидности З. р. т. были получены при анализе критериальной валидности в процессе сопоставления данных по тесту в выборке инженеров и экспертной оценкой диагностируемых тестом качеств личности. Процент совпадений тестовых данных и экспертных оценок достигает 80 %.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Интервью клиническое (беседа клиническая) (греч. klinike – уход за больным, врачевание) – 1) метод получения информации посредством устного опроса клиента и проведения терапевтической беседы при оказании психологической, психиатрической и медицинской помощи; 2) терапевтический метод при оказании психологической помощи. Психолог анализирует не только явное содержание ответа клиента (факты, мнения, чувства, словарь, ассоциации идей и пр.), но и его поведение (тон, запинки, жесты и пр.); 3) направленный диалог.

Глубинное И. – метод, разработанный для выявления не осознанных самим клиентом проблем, чтобы иметь возможность исследовать неизвестные переменные и обеспечить инсайт природы обсуждаемой проблемы (используется для диагностики и помощи клиенту в осознании им своих внутренних затруднений, конфликтов, скрытых мотивов поведения, бессознательных влечений и пр.).

И. недирективное – свободное, не регламентированное жестко И., в котором клиенту предоставляется значительная свобода в том, как отвечать на вопросы и (или) вводить новые темы. Предпосылка успешности И. – установление психологического контакта между психотерапевтом и клиентом. Особенность метода И. – недостаток объективности, возможная предвзятость интервьюера (склонность его к какой-либо позиции или заключению, отсутствие беспристрастности).

Структурированное И. – проводится по специально (в зависимости от цели И.) заранее разработанной схеме (например, первичное интервью, схема которого разработана Н. Пезешкианом в контексте предложенной им позитивной психотерапии).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Д. Творогова

Интервью стандартизированное поведения типа А – разновидность опросника личностного; разработан сотрудниками Каунасского медицинского института в 1978 г.; направлен на диагностику поведения типа А.

Методика состоит из 21 вопроса оценочной шкалы, с помощью которой интервьюер оценивает поведение испытуемого. Оцениваются следующие параметры: манера держать себя, походка, скорость движений, их амплитуда, поза, речь, общий стиль поведения и др. Примеры вопросов:

– Часто ли вы думаете о работе по вечерам и в выходные дни?

– Старались ли вы быть во всем первым и лучшим, когда были моложе?

– Если вы испытываете нетерпение и раздражение, то трудно ли вам это скрыть?

Возможны три варианта ответов: «Да», «Нечто среднее», «Нет».

Имеются данные о достаточной конструктной валидности опросника. Методика стандартизирована на выборке из 1450 человек; как психодиагностический инструмент требует дальнейшей проверки. В случае установления достаточно высокой валидности прогностической, валидности текущей и дискриминативности И. с. п. т. А может быть рекомендовано как вспомогательный инструмент для скрининга (отсеивания), а также для исследований, направленных на изучение психологических особенностей психосоматических больных.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Калифорнийский личностный опросник (California Personality Anventory, CPI) – опросник личностный, разработан под руководством Г. Гоуха. Первое издание, включавшее 15 шкал, вышло в свет в 1951 г.; полный, 18-шкальный, вариант издан в 1956 г. К. л. о. содержит 480 утверждений, большая часть которых касается типичных поведенческих паттернов и привычных ощущений, мнений по различным

социальным, этическим и семейным вопросам. В банк CPI вошли 178 утверждений из состава MMPI; примеры утверждений:

– При настоящем положении дел трудно надеяться на что-то в будущем.

Верно – неверно.

– Я прочитываю не менее десяти книг в год.

Верно – неверно.

– Самое важное для меня – служебный долг перед соотечественниками.

Верно – неверно.

– Гораздо важнее, чтобы отец был добрым, чем удачливым.

Верно – неверно.

Обработка опирается на нормы, разработанные для испытуемых от 12 лет и старше. Результатом первичной обработки является построение профильных оценок по 18 шкалам опросника. Для удобства интерпретации шкалы К. л. о. объединены Г. Гоухом в четыре группы.

I. Оценка уравновешенности, властности, самоуверенности, адекватности в межличностном общении. В эту группу входит 6 шкал: а) шкала доминирования – предназначена для выявления сильных, властных, влиятельных и склонных к доминированию индивидов, способных проявлять инициативу и брать на себя лидерские функции; б) шкала способности к поддержанию статуса – нацелена на такие свойства, как честолюбие и самоуверенность, которые приводят к достижению определенного статуса в социальной сфере отношений и его определяют; в) шкала общительности – предназначена для дифференциации людей с общительным характером, ориентированных на активное взаимодействие, в противоположность тем, кто избегает контактов; г) шкала социального присутствия – во многом сходна с предыдущей; но человек, имеющий высокие оценки по этой шкале, не просто любит находиться в обществе других людей, но использует их для своей выгоды, манипулирует ими; д) шкала самопринятия – определяет личную значимость, способность к независимым суждениям и поступкам, уверенность в себе; е) чувство благополучия – отрицание каких-либо серьезных конфликтов или проблем, отсутствие напряженности, тревоги и страхов, утверждение независимости и самодостаточности.

II. Измерение уровня социализации, зрелости, ответственности и структурированности ценностей в межличностном общении. В группу объединяются следующие 6 шкал: а) шкала ответственности – идентифицирует людей, придерживающихся определенных социальных норм и правил, осознающих и принимающих их важность и ценность; б) шкала социализации – отражает уровень социальной зрелости, нравственного развития, вероятности асоциальных тенденций, степень интериоризации социальных ценностей и норм, а также их влияние на поведение индивида; в) шкала самоконтроля – делает акцент на степень одобрения и поддержки самим индивидом социально одобряемых норм поведения; г) шкала толерантности – измеряет отсутствие предубеждений и социальную терпимость; д) шкала хорошего впечатления – служит для выявления людей, способных создавать о себе хорошее мнение и озабоченных тем, как их воспринимают другие; е) шкала обычности – основывается на подсчете частоты наиболее распространенных в выборке ответов испытуемых.

III. Оценка потенциальных достижений и эффективности в интеллектуальной сфере. Включает 3 шкалы: а) шкала достижения через подчинение – стремление к достижениям через следование определенному порядку, требованиям; б) шкала достижения через независимость – способность достигнуть успеха в областях, где необходимы независимость и самостоятельность мышления, творчество, нестандартность решений; в) шкала интеллектуальной продуктивности – оценка продуктивности в интеллектуальной сфере на основе самооценки.

IV. Анализ сферы интересов. В группу входят 3 шкалы: а) шкала психологического склада ума – знание людей, проницательность, интерес к окружающим; б) шкала гибкости – дифференцирует людей с гибкостью и подвижностью мышления и поведения в целом; в) шкала женственности – определяет «маскулинность» и «феминность» интересов.

Из общего набора шкал К. л. о. три используются как шкалы контрольные: 1) «чувства благополучия» (Wb) – позволяет обнаруживать испытуемых, склонных к демонстрации себя в «худшем свете»; 2) «хорошего впечатления» (Gi) – склонность к социально положительным ответам; 3) «обычности» (Gm) – идентификация случайных ответов.

Формулирование, отбор и группировка вопросов по содержанию осуществлялась в основном

по эмпирическому критерию: пункты опросника в отдельные шкалы группировались на основе ответов испытуемых в выборках, контрастных относительно внешнего критерия (например, успеваемость в школе, участие в различных организациях и т. п.). При этом К. л. о. создавался на основе MMPI; ставилась задача создания методики, основанной не на клинических наблюдениях (как в случае с MMPI), а на выявлении качеств, проявляющихся в реальном повседневном межличностном взаимодействии. Исходно К. л. о. рассматривался автором как открытый для дополнения исследовательский метод. В результате многочисленных исследований Г. Гоух (1960) пришел к заключению, что «основным принципом многофакторных методик типа CPI является получение паттернов и комбинаций в любом контексте». Следуя этому, автор стал использовать метод множественной регрессии для получения взвешенных комбинаций показателей К. л. о., с помощью которых можно оценить различные интересующие исследователя факторы. Так, в результате широкого обследования профессиональных групп были получены уравнения регрессии и соответствующие им производные профили показателей для предсказания успешности овладения многими сферами профессиональной деятельности.

За годы использования накоплен большой материал, свидетельствующий о высокой надежности и валидности К. л. о. По мнению А. Анастази (1982), это один из лучших опросников, используемых в настоящее время. Наряду с этим оригинальный вариант К. л. о. не лишен определенных недостатков; Г. Гоух признает некоторую избыточность 18 шкал опросника; корреляционный анализ показателей шкал указывает, что многие характеристики шкал опросника частично совмещаются, что свидетельствует о недостаточной факторной чистоте анализируемых показателей.

К. л. о. относится к числу наиболее распространенных в англоязычной психологической диагностике методик. Его популярность не уступает MMPI. Опросник используется для прогнозирования успеваемости по отдельным учебным дисциплинам, успешности окончания школы, а также в области профессионального отбора, прогнозирования эффективности управленческой деятельности, изучения креативных качеств личности. К основным шкалам К. л. о. разработаны дополнительные; широко используется компьютерная интерпретация получаемых данных. Работа по адаптации и рестандартизации К. л. о. для русскоязычных испытуемых начата Н.В. Тарабриной (1989); на выборке студентов (71 человек, юноши, возраст 19–24 года) определены нормы, проведен регрессионный анализ состава показателей, осуществлен факторный анализ шкал.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Качество жизни» — опросник-анкета, для оценки качества жизни (физическое, психическое и социальное благополучие) больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Разработан А.Г. Гладковым, В.П. Зайцевым, Д.М. Ароновым, М.Г. Шарфнадель в 1982 г. Оценивается отношение больного к следующим изменениям в его жизни (реальным или возможным): а) необходимости лечиться; б) необходимости ограничения физических усилий, умственной работы, поездок в общественном транспорте, избегания ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению; в) изменению взаимоотношений больного в связи с его заболеванием с близкими, друзьями и сослуживцами, уменьшению контактов с ними; г) необходимости изменения трудовой деятельности; отношение к понижению в зарплате и в должности; д) необходимости ограничений в сфере досуга, занятиях физкультурой и спортом, ведении домашнего хозяйства, питании, половой жизни, к запрету на курение. Испытуемому предлагается выразить свое отношение к указанным последствиям заболевания, выбрав один из следующих ответов, каждый из которых оценивается в баллах: 1) «очень переживаю» (2 балла); 2) «мне это неприятно» (1 балл); 3) «отношусь безразлично» (0 баллов); 4) «рад этому» (- 1 балл). Сумма этих баллов позволяет судить о показателе качества жизни. Степень снижения качества жизни определяется количеством факторов, вызывающих у больного отрицательное эмоциональное отношение, а также его интенсивностью.

Валидность текущая определялась по методу контрастных групп, при обследовании были получены достоверные различия. Валидность конструктивная исследовалась на выборке из 63 больных инфарктом миокарда с применением опросника

«К. ж.» и MMPI. Стандартизация методики проводилась на 124 больных, которые перенесли 6–24 месяца назад инфаркт миокарда, и 30 больных, страдающих гипертонической болезнью IБ–IIA стадии (мужчины, средний возраст — 48,2 года). «К. ж.» рекомендуется использовать при психологических обследованиях больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Келли репертуарных решеток техника (Repertory Grid Technique) — метод изучения индивидуально-личностных конструктов, опосредующих восприятие и самовосприятие при анализе личностного смысла понятий. Предложен Г. Келли в 1955 г.

Понятие «индивидуальная система конструктов» относится к системе отношений и установок человека к миру. «На поведенческом уровне конструкт можно рассматривать как открытый человеком способ поведения...» (Франселла Ф., Баннистер Д., 1987). Описание конструкта, по Г. Келли, удобнее всего провести в биполярных понятиях, при этом конструкт становится тем, «чем два или несколько объектов сходны между собой и, следовательно, отличны от третьего объекта или нескольких других объектов». Биполярность конструктов дает возможность получить матрицу взаимоотношений между ними, позволяющую провести различные процедуры латентного анализа, который выявляет структуру смысловых параметров, лежащих в основе восприятия данным человеком себя и других людей, объектов и отношений.

Несмотря на внешнее сходство некоторых процедур, общую направленность на выявление «личностных смыслов» и принадлежность к методам экспериментальной психосемантики, К. р. р. т. радикально отличается от метода семантического дифференциала. В технике, предложенной Ч. Осгудом, используются заданные извне конструкты, в то время как К. р. р. т. направлена на выявление «собственных», индивидуальных, создаваемых непосредственно в ходе обследования конструктов. В отличие от семантического дифференциала выбор конструктов и их значений ограничивается «диапазоном применимости». Принцип «диапазона применимости» является вторым (вместе с принципом биполярности) фундаментальным принципом К. р. р. т., подчеркивающим, что каждый конструкт может быть применен к ограниченному набору (репертуару) объектов (элементов). Техника репертуарно-матричного тестирования представляет собой реализацию индивидуально-ориентированного подхода к субъективному шкалированию. При этом целью является не столько сравнение оценок испытуемого с нормативными данными, сколько реконструкция индивидуальной системы смысловых единиц, обобщений, противопоставлений, лежащих в основе объективного отношения к себе и окружающим, выявление уникальных, непохожих на групповые, конструктов (принцип индивидуальности). Репертуарно-матричные методики являются перспективным направлением развития современной психосемантики и психодиагностики. В отечественной психологии репертуарно-матричные методики являются объектом широких теоретических и экспериментальных исследований (Козлова П.Н., 1975; Хохлова Л.П., 1981; Столин В.В., 1983; Похилько В.И., 1987). В 1983 г. разработана модификация техники «репертуарных решеток», позволившая использовать К. р. р. т. в социально-психологических исследованиях (Кондратьев М.Ю., 1983, 2005).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Когнитивно-эмотивный тест Ю.М. Орлова, Н.Д. Твороговой — тест для измерения защитной и саногенной рефлексии, возникающей при страхе неудачи, вине, стыде, обиде. Тест предложен в конце 80-х гг. прошлого века в контексте отечественной концепции саногенного мышления (СГМ). Теория и практика СГМ — отечественная синтетическая психотехнология, разработана психологом и философом Ю.М. Орловым (заведующим кафедрой ММА им. И.М. Сеченова) независимо от западной теории эмоционального интеллекта, хотя и близка ей по характеру решаемых практических задач.

Тест идентифицирует и измеряет умственные акты (когнитивные процессы), вызванные воздействием эмоциогенных ситуаций. Рефлексия этих умственных актов, сопровождающих переживание им страха неудачи, чувства вины, стыда, обиды,

порождает те или иные ответы на вопросы теста. Под рефлексией в этом контексте понимаются умственные акты (рефлексивное мышление) различного уровня организации, возникающие в ответ на неопределенность ситуации и ведущие к ее определению и выбору решения. В случае эмоциогенной ситуации цель рефлексии в конечном счете сводится к уменьшению страдания от переживания соответствующей эмоции, носит привычно защитный характер (привычные шаблоны мысли, направленные на облегчение страдания от негативных переживаний), сопровождается размышлением над ситуацией, в которой возникает эта эмоция.

Тест проективный. Ситуация стимулируется краткой инструкцией к каждому разделу теста. Тест представляет собой список высказываний, которые могут быть соотнесены испытуемым с определенными умственными действиями и операциями, возникающими в ответ на появление определенной эмоции. В показатели теста включены как шаблоны размышления защитного характера, так и умственные операции, которые являются навыками саногенного мышления. Перечень этих высказываний составлялся опытным путем (Орлов Ю.М.,Творогова Н.Д.). Испытуемым предлагалось возвратиться в своем воображении в их некоторые реальные эмоциогенные ситуации и записать на листе бумаги те мысли, которые у них при этом возникают. Так формировались списки высказываний, которые затем после специальной обработки были включены в тест. Оставленные в тесте утверждения разделены на четыре основные группы: агрессия против себя и против других, рационализация обстоятельств (поиск причин), проекция на других, защита от чувства (уход из ситуации).

Тест состоит: а) из инструкции испытуемым; б) утверждений, отражающих те или иные мысли, разделенных на 4 раздела (каждый раздел теста состоит из 20 высказываний, каждая фраза пронумерована), соответствующие страху неудачи, чувствам вины, стыда, обиды; в) ключа. Напротив каждого утверждения из 4 разделов теста испытуемый должен проставить «да» (если согласен с данным утверждением) или «нет» (в случае несогласия). Индивидуальный балл присваивается путем подсчета числа совпадений ответов с ключом.

Статистическая отработка теста была первоначально проведена в конце 80-х гг. Н.Д. Твороговой на 300 студентах ММА им. И.М. Сеченова (получены данные о надежности шкал теста).

▸ *Орлов Ю.М.* Когнитивно-эмотивный тест. М.: Импринт-Гольфстрим, 1999; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д.* Психология управления общением личности. Дис. … д-ра психол. наук. М., 1992; *Она же.* Социопсихосоматические закономерности общения. М.: ЖтК, 1996

Н.Д. Творогова

Кукол тест — проективная методика исследования личности, разрабатывалась А. Вольтманом (1951), М. Гауорт (1957) и другими психологами. Ранее процедуры, близкие К. т., использовались психоаналитически ориентированными исследователями как терапевтическая техника для детей в возрасте до 10 лет (Рамберт М., 1938).

Стимульный материал методики представлен куклами, число которых у разных авторов не совпадает. Ребенка просят разыграть с куклами различные сцены, например соперничество с братом, сестрой или ситуации с участием отца, матери, других близких. Иногда детям предлагают поставить кукольное представление. Такая организация исследования под руководством экспериментатора-режиссера сближает К. т. с психодрамой. Процедура обследования не стандартизирована.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Лайкерта шкалы — разновидность опросников установок (аттитюдов); названы по имени автора — Р. Лайкерта, предложившего их в 1932 г. Л. ш. состоят из набора утверждений с пяти- или семибалльными рейтинговыми шкалами оценивания, которыми устанавливается степень согласия испытуемого с данным утверждением.

При конструировании Л. ш., в отличие от шкал Терстоуна, утверждения отбираются на основании оценки их корреляции с общим результатом. Валидизация Л. ш. осуществляется по принципу сопоставления результатов в критериальных группах. При оценивании результатов индивидуальные показатели сопоставляются с нормативными. Как и терстоуновские шкалы, Л. ш. относятся к числу наиболее распространенных методик диагностики аттитюдов. Преимущество Л. ш., сравнительно с

терстоуновскими, в независимости от экспертных заключений при их конструировании.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Лири интерперсональный диагноз (Leary Interpersonal Diagnosis) — опросник личностный; разработан Т. Лири в 1957 г. и направлен на диагностику межличностных отношений и свойств личности, существенных при взаимодействии с другими людьми.

Задача испытуемого при работе с опросником состоит в соотнесении каждой из 128 лаконичных характеристик с оценкой своего «Я». Каждая из эпитетов-характеристик имеет порядковый номер. Характеристики могут размещаться на карточках с последующей сортировкой либо в тестовой тетради с фиксацией ответа («да» либо «нет») на отдельном бланке. Примеры характеристик:

Итак, какой вы человек?

1. Умеет нравиться.

2. Производит впечатление на других.

3. Умеет распоряжаться, приказывать.

127. Заботится о других в ущерб себе.

128. Портит людей чрезмерной добротой.

Для проведения обследования обычно требуется не более 10–15 мин. Согласно ключу определяются первичные оценки по 16 характеристикам, формирующим 8 октантов, так называемых дискограмм, отражающих тот или иной вариант межличностных отношений: I. Властный — лидирующий. II. Независимый — доминирующий. III. Прямолинейный — агрессивный. IV. Недоверчивый — скептический. V. Покорный — застенчивый. VI. Зависимый — послушный. VII. Сотрудничающий — конвенциальный. VIII. Ответственный — великодушный. Количественные показатели (баллы, соответственно числу совпадений с ключом) откладываются на соответствующей номеру октанта координате, каждая из которых размечена дугами.

Полученные профильные оценки наглядно показывают преобладающий стиль межличностных отношений. Характеристики, не выходящие за уровень 8 баллов, соответствуют «гармоническим личностям». Более высокие показатели соответствуют акцентуации определенных поведенческих стереотипов. Оценки, достигающие уровня 14–16 баллов, свидетельствуют о трудности социальной адаптации. Низкие показатели по всем октантам (0–3 балла) могут быть результатом скрытности или неоткровенности испытуемого. Если в дискограмме отсутствуют октанты выше уровня 4 баллов, данные обследования считаются сомнительными; предполагается, что испытуемые не проявили необходимой откровенности. Первые четыре типа межличностного поведения, соответствующие 1–4 октантам, характеризуются: а) преобладанием неконформных тенденций и склонностью к конфликтным проявлениям (3 и 4); б) большой независимостью мнений, упорством, тенденцией к лидерству (1 и 2). Другие четыре октанта (5–8) представляют противоположную картину; у лиц с высокими показателями преобладают конформистские установки, покладистость (7 и 8), неуверенность, склонность к компромиссам (5 и 6).

Интерпретация данных должна опираться главным образом не на абсолютные величины приведенных показателей, а на совокупность их взаимоотношений. Дополнительно к анализу дискограммы могут быть рассчитаны «фактор доминантности» (V) и «фактор доброжелательности» (G) согласно приведенным ниже формулам:

$V = I - V + 0{,}7\,(II + III - VI - IV)$;

$G = VII - III + 0{,}7\,(VIII + VI - IV - II)$.

При разработке методики автор исходил из концепции Г. Салливана (1953), теоретический подход которого к пониманию личности исходит из определяющего значения оценок и мнений, значимых для данного индивида окружающих, под влиянием которых и происходит его персонификация, т. е. формирование личности. В процессе взаимодействия с окружением личность проявляется стилем межличностного поведения. Реализуя потребность в общении и в осуществлении своих желаний, человек сообразует свое поведение с оценками значимых других на уровне осознанного самоконтроля, а также неосознанной символической идентификации. Основываясь на том, что личность проявляется в поведении в процессе взаимодействия с окружающими, Т. Лири систематизировал эмпирические наблюдения в виде 8 общих или 16 более конкретизированных вариантов межличностного взаимодействия. Соответственно классификации вариантов межличностного поведения был разработан опросник, задуманный как

средство клинической диагностики. Конструирование опросника происходило на основе сопоставления контрастных, как бы заостренных моделей стиля межличностного поведения. Т. Лири выделяет пять уровней исследования интерперсонального поведения личности (особенно значимыми, с его точки зрения, являются 1-й, 2-й и 5-й уровни): «Уровень 1» содержит наблюдаемое поведение людей, т. е. поведение, диагностируемое на основании оценок других людей. «Уровень 2» связан с оценкой собственного поведения или же оценкой близких людей: отца, матери, супруга и т. д. «Уровень 5» отражает моральный профиль индивида, его идеальное «Я». Соответственно этим уровням можно видоизменять инструкцию и оценивать себя, других, моделировать собственный идеал.

Л. и. д. проходил проверку на конструктную валидность путем сопоставления с данными обследования по MMPI. Была установлена достоверная связь между типами интерперсонального поведения, выделенными Т. Лири, и некоторыми клинически определенными состояниями, проявляющимися аналогичными поведенческими характеристиками, отраженными и в профилях MMPI. Имеются данные о наличии связи факторов Л. и. д. с некоторыми показателями «Шестнадцатифакторного личностного опросника» Р. Кэттела. Исследование факторной валидности показало, что исследуемые Л. и. д. показатели связаны с двумя биполярными факторами: «доминантность – подчиненность» и «дружественность – враждебность». Это привело к заключению о зависимости стилей интерперсонального поведения от указанных факторов. Комбинация этих факторов в наибольшей степени определяет вид дискограммы, разделенной на квадранты вертикальным вектором (доминантность – подчиненность) и горизонтальным вектором (дружественность – враждебность). Надежность ретестовая (интервал ретеста – 10 дней) колеблется по отдельным показателям от 0,63 до 0,81. Коэффициенты внутренней согласованности для факторов, полученных в ходе исследования при установке испытуемому дать оценку собственного «Я», принимают значения от 0,35 до 0,72, а в случае моделирования идеала «Я» – от 0,16 до 0,66.

Л. и. д. получил широкое распространение, переведен на многие языки. В 1990 г. вышло руководство к русскоязычной версии Л. и. д. (Собчик Л.Н.). В ходе подготовки этой версии был накоплен не только значительный опыт применения методики, но и существенно переосмыслена теоретическая концепция; феноменология метода была рассмотрена с позиций индивидуально-типологического подхода. Опираясь на положения С.Л. Рубинштейна о роли врожденных индивидуальных свойств, опосредующих усваиваемый социальный опыт, и единство социальных и биологических факторов в формировании личности, Л.Н. Собчик (1972, 1974) предлагает рассматривать типологию устойчивых личностных свойств как ведущих тенденций, связанных с эмоционально-динамическими паттернами, уходящими корнями в тип высшей нервной деятельности, и индивидуально-личностными свойствами, придающими специфику стилю переживаний, межличностного поведения, мотивации. Методика получила широкое применение в сфере изучения отношений больных к стилю психотерапевтического воздействия врача (Вассерман Л.И., Богаров В.В., Ташлыков В.А.,1985), при исследовании взаимоотношений в производственных и студенческих группах (Малешкина М.С., 1986).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Лица и эмоции» («Faces and Feelings») – проективная методика, предназначенная для диагностики самоуважения у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Опубликована А. Джахез и Н. Манши в 1990 г.

Ребенку предлагаются четыре задания: 1) нарисовать шесть персонажей, наиболее важных для ребенка: мать, отца, учителя, семью в целом, друга, какого-либо другого знакомого (человека, животного и др.); 2) нарисовать шесть ситуаций, наиболее важных в жизни ребенка: дом, школа, каникулы, свободное время, математика, чтение; 3) заполнить три окружности изображениями трех лиц (одно лицо в одной окружности), выражающих, по мнению испытуемого, радостные, грустные и нейтральные эмоции; 4) указать, какое из трех лиц с разными эмоциями больше всего соответствует каждому из двенадцати рисунков (задания 1–2) как наиболее точно отражающее эмоции, которые ребенок обычно испытывает в той или иной ситуации, в присутствии того или иного человека.

С помощью методики выявляются источники самоуважения у детей: значимые другие и значимые ситуации. Список людей и ситуаций, задаваемый исследователем, был составлен в процессе пилотажного исследования при определении наиболее типичных значимых людей и ситуаций для детей указанного возраста.

Авторы подчеркивают, что методика «Л. и э.» обладает высокой степенью проективности. Рисунок ребенка является его собственной интерпретацией понятия конкретного значимого другого или конкретной значимой ситуации в отличие от других методик, в которых модель заранее подготовлена взрослым. Ребенку не нужно объяснять значение рисунков теста: он «присваивает» рисунок в процессе рисования; для ребенка изображение матери на листе бумаги представляет его собственную мать. В отличие от других рисуночных методик, в которых предусматривается изображение человека (например, в тесте «Нарисуй человека» Гудинаф), в «Л. и э.» человеческие фигуры сами по себе не являются предметом анализа; скорее они повышают содержательную валидность теста.

Теоретической основой «Л. и э.» являются работы, указывающие на сложность процесса формирования самоуважения и многофакторность его природы. Это работы К. Кули (1912), Р. Вили, Р. Шавельсона и Р. Болуса (1982), в которых утверждается, что наряду с определенной стабильностью, неизменностью самоуважения существует его зависимость как от собственного поведения, так и от поведения других. Таким образом, любая попытка измерения детского самоуважения должна включать не только измерение самоуважения как такового, но и выявление людей и ситуаций, которые более всего оказывают влияние на самоуважение. Было сделано предположение о том, что представление о себе как «хорошем» или «плохом», сформированное под влиянием наиболее значимых людей и ситуаций, отражают представление ребенка о своей ценности и, следовательно, о самоуважении.

Методика может быть использована в кросс-культурных исследованиях (выявлены этнические различия в особенностях самоуважения у американских и австралийских детей), при изучении особенностей самоуважения в различных возрастных группах, а также при обследовании детей, испытывающих затруднения в овладении навыками чтения и речи, в процессе обучения; методика может применяться в психопрофилактике, психотерапии и психокоррекции. Начато изучение валидности и надежности «Л. и э.».

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Личностной ориентации опросник (Personal Orientation Inventory, POI) – опросник личностный; предложен Э. Шостромом в 1963 г.; предназначен для измерения степени самоактуализации личности.

Л. о. о. состоит из 150 утверждений, которые были разработаны на основании ценностных суждений пациентов, выделенных психотерапевтами в своей практике. Задача обследуемого – в каждом случае выбрать из двух утверждений одно, наиболее для него подходящее. Л. о. о. включает в себя две основные шкалы личностной ориентации – «Времени» и «Опоры» – и 10 подшкал. Оценки по основным шкалам являются относительными; они представляют собой отношение «Времени» (отношение временной некомпетентности к временной компетентности) и отношение «Опоры» (отношение опоры на других к опоре на себя). По мнению автора, относительные оценки шкал «Времени» и «Опоры» представляют две главные области, важные для развития личности по пути к самоактуализации. Отношение «Времени» самоактуализирующейся личности составляет приблизительно 1 : 8, несамоактуализирующейся – 1 : 1. Отношение «Опоры» самоактуализирующейся личности равно 1 : 3, несамоактуализирующейся – 1 : 1. В случае необходимости быстрой диагностики степени самоактуализации личности можно использовать оценки только по двум основным шкалам.

1. Отношение «Времени» (T(I) : T(C)) состоит из 23 утверждений и определяет, насколько человек живет в «настоящем» в противоположность «прошлому» и «будущему». Компетентная во времени личность (T(C)) живет главным образом в настоящем, некомпетентная – (T(I)) – живет в прошлом или будущем.

2. Отношение «Опоры» (O : I) состоит из 127 утверждений и определяет, насколько способ реагирования индивида характеризуется ориентацией на других (O) или на себя (I). Направленные на себя, или внутренне ориентированные, индивиды руководству-

ются главным образом собственными принципами и мотивами, а направленные на других в большей степени зависят от окружения или внешних сил.

Оценки по каждой из 10 подшкал предназначены для отражения различных аспектов, важных в развитии самоактуализации. Утверждения основных шкал «Времени» и «Опоры» не перекрываются, а подшкалы состоят из утверждений, одновременно входящих в другие шкалы.

Подшкалы: 1. Ценность самоактуализации (SAV) – измеряет, в какой степени человек разделяет ценности, характерные для самоактуализирующейся личности. 2. Шкала экзистенциальности (Ex) – измеряет способность человека ситуационно реагировать без ригидной приверженности принципам. 3. Шкала реактивной чувствительности (Fr) – измеряет сенситивность или отзывчивость на чувства и нужды других людей. 4. Шкала спонтанности (S) – измеряет, насколько свободно личность может реагировать или быть собой. 5. Шкала самоуважения (Sr) – измеряет способность человека утверждать себя благодаря собственной силе и значимости. 6. Шкала принятия себя (Sa) – измеряет способность утверждать или принимать себя, несмотря на свои слабости и недостатки. 7. Шкала природы человека (Nc) – измеряет степень конструктивности взглядов на природу человека, природу мужественности и женственности. 8. Шкала синергии (Sy) – измеряет способность человека быть целостным, превзойти дихотомию. 9. Шкала принятия агрессии (A) – измеряет способность человека принимать чью-либо природную агрессивность как противоположность отрицанию и подавлению агрессии. 10. Шкала способности к близким контактам (C) – измеряет способность человека развивать широкие и близкие взаимоотношения с другими людьми, не обременяя себя ожиданиями и обязательствами.

Обработка результатов проводится вручную или с помощью компьютера. Ответ, совпадающий с ключом, оценивается в 1 балл. Полученные по каждой шкале баллы суммируются и заносятся в специальный бланк. Завершается обследование построением индивидуального профиля, для чего сырые баллы с помощью таблицы переводятся в стандартные Т-баллы, со средним значением 50 и стандартным отклонением 10. Оценки выше 50, но ниже 60 Т-баллов наиболее характерны для самоактуализирующейся личности.

Отправным пунктом исследований Э. Шострома была концепция самоактуализирующейся личности, наиболее полно развитая в работах А. Маслоу (1954, 1962). Необходимость создания Л. о. о. продиктована потребностью многих консультантов и терапевтов во всестороннем измерении ценностей и некоторых особенностей поведения человека, имеющих наибольшее значение для развития самоактуализации. Тест является валидным и надежным инструментом. В СНГ существует адаптированный вариант методики; стандартизация проводилась на студентах вуза (Рукавишников А.А., 1991); сообщается о высоких показателях его валидности и надежности. Л. о. о. может использоваться в клиниках и консультативных службах.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Лурии методы – нейропсихологические методы, разработанные А.Р. Лурией для топической диагностики локальных поражений головного мозга. Они включают как уже известные в экспериментальной психологии, так и оригинальные тесты, предложенные А.Р. Лурией. Л. м. используются современной нейропсихологией для изучения нейропсихологических синдромов, т. е. для выявления первичного дефекта и не связанных с ним вторичных нарушений высших психических функций. Л. м., апробированные на большом количестве больных с локальными поражениями мозга (ранениями, сосудистыми заболеваниями, опухолями и др.), высокоэффективны. Теоретической основой Л. м. являются представления о системной динамической локализации высших психических функций, согласно которым мозг, как субстрат психических процессов, функционирует как единое целое, состоящее из дифференцированных по своим функциям отделов. Основное назначение Л. м. – определение тех отделов мозга, которые находятся в патологическом состоянии, т. е. обнаружение нарушенных общих звеньев функциональных систем, обеспечивающих осуществление соответствующих функций. Таким образом, Л. м. направлены на выявление пораженного нейропсихологического фактора, лежащего в основе нейропсихологического синдрома.

Л. м. представляют собой набор проб, направленных на изучение различных сторон познавательных

процессов, произвольных движений и действий и особенностей личности больного в целом. С помощью Л. м. осуществляется качественный анализ нарушений психических процессов, т. е. определяются формы и причины этих нарушений. Так, расстройства письма могут возникать из-за дефектов анализа звукового состава слов, или трудностей зрительного опознания букв, или нарушений речевых артикуляций и т. д. Проведению нейропсихологического исследования с помощью Л. м. предшествуют ознакомление с данными истории болезни и предварительная беседа с больным. На основании анамнестических сведений и беседы с больным строится предварительная гипотеза относительно возможной локализации очага поражения. Дальнейшее исследование направлено на проверку выдвинутой гипотезы, на выявление сохранных и нарушенных психических процессов, т. е. на выяснение характера этих нарушений. Исследование, включающее ряд проб, позволяет выявить как состояние отдельных анализаторных систем (зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, двигательной), так и уровень нарушения психических процессов (уровень непосредственных сенсомоторных реакций, мнестической организации деятельности, опосредствования психических процессов с помощью речевой системы). Углубленному специальному исследованию подлежат те психические процессы, в ходе изучения которых были обнаружены определенные дефекты (например, использование сенсибилизированных проб, экспериментальное обучение больного). Заключительным этапом исследования, проведенного с помощью Л. м., является составление нейропсихологического заключения, в котором дается анализ основного дефекта и описание проявлений этого дефекта в различных формах психической деятельности. На основании качественного анализа и квалификации симптомов делается заключение о локализации очага поражения (в коре больших полушарий или в подкорковых структурах). В последние годы на основе Л. м. создаются различные компьютерные методы оценки состояния отдельных психических функций (восприятия, речи, памяти и др.), а также компьютерные методы обработки данных, характеризующих синдром в целом.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Люшера выбора цвета тест (Luscher Farbwahl Test) — проективная методика исследования личности; основана на субъективном предпочтении цветовых стимулов; опубликована М. Люшером в 1948 г.

Стимульный материал Л. в. ц. т. состоит из стандартных разноцветных вырезанных из бумаги квадратов со стороной 28 мм. Полный набор состоит из 73 квадратов различных цветов и оттенков. Обычно используют неполный набор — из 8 цветных квадратов. Основными цветами считаются (в порядке присвоенного им номера) синий, зеленый, красный, желтый, а дополнительными — фиолетовый, коричневый, черный и серый (нулевой). Упрощенная процедура обследования (для восьми цветов) сводится к одновременному предъявлению обследуемому всех цветных квадратов на белом фоне с предложением выбрать один, наиболее понравившийся, приятный. Выбранный квадрат переворачивается и откладывается в сторону, затем процедура повторяется. Образуется ряд квадратов, в котором цвета располагаются по их привлекательности для обследуемого. Первые два цвета считаются явно предпочитаемыми, третий и четвертый предпочитаемыми, пятый и шестой — нейтральными, а седьмой и восьмой — вызывающими антипатию, негативное отношение. Наряду с индивидуальным обследованием допускается и групповое.

Психологическая интерпретация полученного ряда субъективного предпочтения цвета опирается, во-первых, на предположение о том, что каждому цвету присуще определенное символическое значение, например красный — стремление к власти, доминированию, зеленый — упорство, настойчивость. Во-вторых, считается, что ряд цветового предпочтения отражает индивидуальные особенности обследуемого. При этом функциональную значимость имеет позиция, занимаемая конкретным цветом. Например, полагают, что первые две позиции ряда определяют цели индивидуума и способы их достижения, а две последние — подавляемые потребности, символизируемые данными цветами. Выбор в области основных цветов связывается с тенденциями осознаваемыми, а среди дополнительных — со сферой бессознательного.

В разработанной М. Люшером теории личности есть два основных психологических измерения: активность — пассивность и гетерономность — автономность. Эти измерения, определяющие значения цветов, представлены в таблице.

Характеристика признаков	Пассивные, ориентированные субъектно	Активные, ориентированные объектно
Детерминированные гетерономно-объектно	Синий	Желтый
Детерминированные автономно-субъектно	Зеленый	Красный

В зарубежных исследованиях, посвященных Л. в. ц. т., отмечается умозрительность теории его автора, необходимость детальной научной разработки теста. Данные о валидности и надежности Л. в. ц. т. неоднозначны. В отечественных исследованиях изучалась валидность Л. в. ц. т. (Дашков И.М. и Устинович Е.А., 1980), исследовались связи между выбором цвета и эмоциональным состоянием (Плишко Н.К., 1980). Предпринята попытка разработки на основе Л. в. ц. т. методики, предназначенной для изучения эмоциональных компонентов отношения человека к значимым для него людям и самому себе (Эткинд А.М., 1980).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Майерс-Бригс типа индикатор (Myers-Brigs Type Indikator, MBTI) — опросник личностный, предназначенный для классификации испытуемых по типологии К.Г. Юнга. Разработан и опубликован И. Майерс-Бригс в 1962 г.

Состоит из 160 вопросов, из них 52 — ассоциативные, остальные предполагают оценку испытуемым своих индивидуальных склонностей (выбором из двух-трех предлагаемых вариантов ответов). Ассоциативные задания состоят в выборе одного варианта из пары противоположных слов; например: «Какое из двух слов для вас более привлекательно: систематичный — спонтанный; анализировать — симпатизировать; сдержанный — разговорчивый; прощать — терпеть; кто — что; знак — символ?» Примеры вопросов с предлагаемыми вариантами ответов:

1. Как вы считаете, распорядок дня для вас: а) удобный способ исполнения дел; б) тягостен и обременителен, даже когда и необходим?

2. Вас больше заботят: а) чувства людей; б) их права?

3. Когда вы обнаруживаете, что несомненно допустили ошибку, вы: а) склонны признать свою ошибку; б) не признаете свою ошибку, хотя все о ней знают; в) вообще никогда не ошибаетесь?

4. Выслушивая новую идею, вы больше стремитесь: а) узнать все о ней; б) рассудить, верна она или нет?

Показатели испытуемого определяются по четырем шкалам, соответствующим юнговской типологии: 1) экстраверт — интроверт (extrovert — introvert); 2) сенсорный — интуитивный (sensor — intuitive); 3) мыслительный — эмоциональный (thinker — feeler); 4) рациональный — иррациональный (judgement — perceptive). Подсчет результатов производится путем суммирования баллов по шкалам; большая сумма баллов соответствует выраженности определенной черты.

В многочисленных исследованиях подтверждается валидность и надежность М.Б. т. и.

Существует сокращенная и переработанная форма MBTI — опросник Д. Кейрси, состоящий из 70 вопросов, каждый из которых имеет только по два варианта ответа: 10 вопросов — по шкале «экстраверсии — интроверсии», для остальных шкал — по 20 вопросов.

Несмотря на существующие различия в теоретических позициях И. Майерс-Бригс и Д. Кейрси, для американской популяции по опроснику Кейрси приводятся те же процентные соотношения распределения типов. Оба опросника широко применяются в США при профориентации, психологическом консультировании, исследовании межличностных отношений.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Методика многостороннего исследования личности — вариант теста MMPI (Миннесотский многоаспектный личностный опросник — Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), который разработали С. Хатуэй и Дж. Маккинли (Hathaway и McKinley) в 1940 г. В нашей стране данная психодиагностическая методика была адаптирована и стандартизована в 60-х гг. Ф.Б. Березиным и соавт. (Мирошниковым М.П., Соколовой Е.Д.). Методика получила название ММИЛ (методика многостороннего исследования лич-

ности). Авторами были проведены изменения текста опросника с заменой пунктов, проведены исследования по валидности, надежности модифицированной версии, составлены тестовые нормы на отечественной выборке.

Тест состоит из 10 основных шкал, 8 из которых являются клиническими. Утверждения, относящиеся к клиническим шкалам, были адаптированы на больных разных нозологий, а утверждения для пятой и нулевой шкал – на здоровых испытуемых.

Основные клинические шкалы ММИЛ:

Первая шкала – шкала «соматизация тревоги» (шкала ипохондрии – Hs). Утверждения, входящие в эту шкалу, направлены на выявление общего состояния здоровья, жалоб на нарушения различных соматических функций (например, сна, пищеварения, сердца и др.). Эта шкала позволяет определить астено-невротический тип личности.

Вторая шкала – «тревога и депрессивные тенденции» (шкала депрессии – D). Утверждения, относящиеся к этой шкале, направлены на выявление тревоги, изменения настроения, чувства неуверенности, подавленности, пессимистичности. Данная шкала определяет гипотимический тип личности.

Третья шкала – «вытеснение факторов, вызывающих тревогу» (шкала истерии – Hy) позволяет выявить лиц, склонных к демонстративному поведению, эгоцентризму, отрицанию трудностей социальной адаптации. Шкала определяет демонстративный тип личности.

Четвертая шкала – «реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении» (шкала диссоциальной психопатии – Pd). Утверждения этой шкалы выявляют у респондента неудовлетворенность жизнью, своим положением в группе, нарушение социальных норм, ощущение непонимания окружающими. Шкала направлена на диагностику диссоциального типа личности.

Пятая шкала – «выраженность мужских и женских черт характера» (шкала маскулинности – феминности – Mf). Утверждения шкалы направлены на выявление степени идентификации респондентом своей гендерной роли, определяемой обществом. Значения по пятой шкале соответствуют выраженности мужских или женских черт.

Шестая шкала – «ригидность аффекта» (шкала паранойяльности – Pa). Утверждения, входящие в шкалу, позволяют судить о наличии сверхценных идей, подозрительности, обидчивости, враждебности к окружающим. Шкала диагностирует паранойяльный тип личности.

Седьмая шкала – «фиксация тревоги и ограничительное поведение» (шкала психастении – Pt). Утверждения этой шкалы направлены на выявление тревоги, страхов, неуверенности в себе, пониженной самооценки. Шкала выявляет тревожно-мнительный тип личности.

Восьмая шкала – «аутизация» (шкала шизоидности – Sc). Утверждения шкалы выявляют нарушение социальных контактов, снижение интересов, неудовлетворенность ситуацией, своеобразие психических процессов. Шкала направлена на диагностику шизоидного (аутического) типа личности.

Девятая шкала – «отрицание тревоги, гипоманиакальные тенденции» (шкала гипомании – Ma). Утверждения шкалы позволяют выявить повышенную активность, открытость, высокий уровень контактов респондента, отрицание затруднений, связанных с физическим состоянием. Шкала выявляет гипертимный тип личности.

Нулевая шкала – «социальные контакты» (шкала социальной интроверсии – Si). Утверждения шкалы выявляют затруднения в межличностных контактах, замкнутость, избегание деятельности, связанной с общением. Шкала позволяет выявить экстравертированный или интровертированный тип личности.

Для проверки достоверности результатов обследования и с целью выявления отношения испытуемого к тестированию в методику введены три оценочные шкалы.

1. Шкала «лжи» (L) – шкала «социальной желательности», предназначена для оценки искренности респондента.

2. Шкала достоверности (F) – сконструирована для выявления недостоверных результатов, связанных с аггравацией и симуляцией респондента.

3. Шкала коррекции (K) – введена для сглаживания искажений, возникающих в результате чрезмерных открытости и осторожности респондента.

Диагностическая значимость этой методики основана на том, что валидность клинических шкал определялась результатом сопоставления исследования групп пациентов с различными психическими заболеваниями и групп здоровых испытуемых. Методика позволяет выявлять психопатологиче-

ские состояния и черты, способствующие появлению этих состояний.

Тест может предъявляться в двух вариантах. Первый вариант содержит 377 утверждений (испытуемому предлагают текст опросника и бланк для ответов), используется при групповом обследовании; второй вариант теста включает в себя 384 утверждения и предъявляется (на карточках) индивидуально. На каждое утверждение респондент должен дать один из ответов: «верно» или «неверно» (это утверждение по отношению к самому респонденту). Методика может быть предъявлена респондентам мужчинам и женщинам начиная с 18 лет.

Обработка результатов проводится с помощью ключей в виде планшетов. Каждой шкале соответствует свой ключ. С помощью ключей получают сырые баллы по каждой шкале. Затем проводят коррекцию полученных результатов и строится профиль методики для каждого обследованного. Полученный профиль позволяет перевести сырые баллы в Т-баллы.

Данная психодиагностическая методика используется в клинической практике. Анализ результатов ММИЛ позволяет оценить индивидуальные особенности, актуальное психическое состояние, выявить ведущие психологические защиты, психосоматические нарушения, изучить механизмы психической адаптации, определить типологию личности, исследовать успешность профессиональной деятельности в зависимости от особенностей личности.

▸ *Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д.* Методика многостороннего исследования личности. М., 1994; *Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д.* Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения. 3-е изд., испр. и доп. М.: Березин Феликс Борисович, 2011

И.М. Карлинская

Мичиганский алкоголизма скрининг-тест (Michigan Alcoholism Screening Test) — опросник-анкета; опубликован М. Селзером в 1971 г. М. а. с.т. предназначен для раннего выявления патологического пристрастия к алкоголю.

Тест состоит из 25 вопросов, касающихся наиболее характерных для больных алкоголизмом проблем. Вопросы задают обследуемому устно, его просят ограничиться утвердительным или отрицательным ответом. Примеры вопросов М. а. с.т.:

1. Бывало ли, что, проснувшись после употребления спиртного, вы не могли вспомнить все, что происходило?

2. Можете ли вы легко прекратить употребление спиртного после того, как выпили 1–2 рюмки?

3. Бывали ли у вас неприятности на работе в связи с употреблением вами спиртных напитков?

За рубежом М. а. с.т. получил широкое распространение в качестве инструмента предварительной экспресс-диагностики алкоголизма. В нашей стране используется адаптированный вариант, состоящий из 23 вопросов.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Мотива достижения решетка (Leist-ungsmotivs Gitter) — проективная методика исследования личности; разработана и опубликована Г.Д. Шмальтом в 1976 г.; предназначена для диагностики интенсивности и экстенсивности мотива достижения; близка тесту тематической апперцепции (ТАТ) в его модификации по Х. Хекхаузену.

Стимульный материал М. д. р. состоит из 18 картинок, объединенных в тройки, относящиеся к шести различным сферам жизнедеятельности (труду, музыке, школьному обучению, самоутверждению, оказанию помощи, спорту). Под каждой картинкой располагаются 18 стандартных высказываний, например:

— Он хорошо себя чувствует.

— Он думает: «Раз это трудно, то попробую еще».

— Он считает, что справится с этим.

— Он думает: «Может быть опять неудача».

— Он думает: «Я лучше сделаю что-нибудь потруднее».

Обследуемый должен отметить те высказывания, которые соответствуют его пониманию ситуации на картинке. За исключением четырех так называемых избыточных утверждений (например: «Он хорошо себя чувствует» или «Это ему не нравится») 14 репрезентируют ключевые категории для обработки содержания при выявлении мотивов успеха и неудачи; например: «Он думает, что все сделал правильно» — позитивное ожидание успеха. Существуют варианты М. д. р. для обследования детей и взрослых.

Обработка результатов сводится к объединению всех отмеченных утверждений по каждой из картинок — получение матрицы ответов (отсюда название методики — «решетка»). Столбцы этой матрицы представляют интенсивность мотива (разнообразные высказывания, относящиеся к одной и той же картинке), а строки — его экстенсивность: одни и те же высказывания по отношению к разным картинкам.

При помощи факторного анализа установлена принадлежность каждого из утверждений к одной из мотивационных тенденций, обозначаемых как НУ, БН1 и БН2. НУ — уверенность в успехе, предпочтение более трудных проблем и Я-концепция достаточности способности; БН1 — активное избегание неудачи и Я-концепция недостаточности способности; БН2 — боязнь неудачи.

При изучении валидности М. д. р. выявлена тесная связь с модификацией ТАТ Хекхаузена; надежность ретестовая при интервале между обследованиями от 2 до 8 недель — 0,67–0,85.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Мышления патологии исследования — совокупность методических приемов, с помощью которых изучаются особенности мышления при патологических нарушениях психической деятельности. При исследовании патологии мышления используется достаточно широкий спектр методических приемов.

1. Методика «Классификация предметов» предложена К. Гольдштейном, модифицирована Б.В. Зейгарник; используется для диагностики взрослых и детей, позволяет выявлять нарушения мышления, исследовать уровень процессов обобщения, отвлечения, последовательность суждений, особенности памяти, нарушения внимания, эмоциональные реакции на выполнение задания (успех или неуспех), работоспособность. В клинических исследованиях применяют предметный (на карточках изображены конкретные предметы) и вербальный (на карточках написаны отдельные понятия) варианты классификации. Процедура проведения методики состоит из трех этапов. Интерпретируя доминирующий тип обобщения, выделенные признаки, которые пациент использовал в качестве основания для объединения карточек в группы, можно сделать вывод о преобладании в мышлении обобщенности или конкретности (при выделении оснований для формирования групп). Обязательно подлежат анализу ошибки, допущенные пациентом в процессе работы, и все его высказывания. Методика не пригодна для повторного использования. Больным олигофренией недоступны сложные обобщения, такие больные часто устанавливают конкретные ситуационные группы. Больные эпилепсией устанавливают слишком детализированные (дробные) группы. Для больных с сосудистыми заболеваниями тоже характерна детализация при формировании групп, но эта детализация носит другой характер; больные создают одноименные группы, это возникает в результате сужения объема внимания, рассеянности, забывчивости. Больные шизофренией создают разноплановые группы, логически обосновывают их, дают причудливые названия группам; отсутствие критичности не позволяет им исправлять допущенные ошибки. Некритичность характерна и для больных с органическими поражениями мозга, которая проявляется в том, что для них не имеет значения оценка психолога, им безразлично, достигли они правильного результата или нет. Наоборот, похвала психолога очень важна для больных психопатией, они стараются мобилизовать все свои ресурсы для успешного выполнения задания; к сожалению, их успехи в профессиональной деятельности гораздо хуже.

2. Методика «Исключение предметов», так же как выше изложенная методика, выявляет способность обследуемого к обобщению, умение выделять признаки предметов; с помощью этой методики можно исследовать процессы анализа и синтеза. Пациенту предъявляются задания различной степени трудности. Методика может применяться многократно при использовании разных наборов карточек, равных по трудности. Для больных со сниженным интеллектом сложные задания недоступны; очень часто они не могут сформулировать общий признак для обобщения трех предметов и соскальзывают на ситуационное их объединение. Больные шизофренией производят обобщение предметов по латентным признакам.

3. Методика «Выделение существенных признаков» позволяет выявить нарушения мышления, такие как резонерство, некритичность, расплывчатость, неумение вычленять существенные призна-

ки, нарушение устойчивости способа рассуждения при решении однотипных задач. Анализируют высказывания пациента и ответы на вопросы патопсихолога.

4. Методика «Простые аналогии» направлена на исследование понимания логических связей и отношений между понятиями, способности сохранять определенный способ рассуждения в процессе решения различных задач. Пациенты с невысоким уровнем образования испытывают определенные трудности при выполнении заданий. Многие пациенты допускают похожие ошибки, например соскальзывание суждений, которое возникает в результате утомляемости. Больные с органическими (сосудистыми, травматическими) заболеваниями сами или с помощью патопсихолога исправляют допущенные ошибки, тогда как больные шизофренией, выяснив правильный ответ, продолжают настаивать на правильности обоих решений — это подтверждает вывод о расплывчатости у них мышления.

5. Методика «Сложные аналогии», как и выше изложенная методика, направлена на исследование понимания сложных логических отношений, способности выделять абстрактные связи. Анализируют допущенные ошибки, высказывания пациента в процессе выполнения задания. В высказываниях больных шизофренией выявляются соскальзывания, нелогичные умозаключения, растекаемость мышления.

6. Методика «Соотношение пословиц, метафор, фраз». Методика разработана Б.В. Зейгарник, используется для исследования нарушения мышления. Больные олигофренией испытывают трудности при соотнесении пословиц, метафор и фраз; мышление их конкретно, суждения носят поверхностный характер. Суждения больных с органическими поражениями мозга, сосудистыми заболеваниями неопределенны и диффузны. У больных шизофренией обнаруживаются соскальзывания, нелогичные суждения.

7. Методика «Сравнение понятий» применяется для исследования процессов анализа и синтеза. Набор пар понятий состоит из понятий различной степени общности, есть и несравнимые пары понятий. Пары понятий предъявляются взрослым и детям, возможно повторное использование методики. Анализируют ответы пациентов; необходимо обращать внимание на их умение выделять существенные признаки сходства и различия понятий. Здоровые люди, выполняя эту методику, сравнивают понятия, выделяют стандартные признаки. Больные шизофренией выделяют латентные признаки; неумение выделять существенные признаки свидетельствует о конкретности их мышления.

8. Методика «Заполнение пропущенных в тексте слов» предложена Г. Эббингаузом, использовалась для изучения ассоциаций, речи, может применяться для выявления критичности больных. Подвергая анализу работу пациента, необходимо учитывать скорость, с которой производится подбор слов, критичность. Одни пациенты контролируют заполнение пропусков, сопоставляют с остальным текстом; другие не проверяют свою работу, что свидетельствует о снижении их критичности.

9. Методика «Объяснение сюжетных картин» применяется для исследования умения выделять существенное из отдельных деталей, эмоциональных реакций. Для проведения методики необходимо иметь набор сюжетных картинок, различных по сложности сюжета. У больных олигофренов возникают трудности, связанные с пониманием сюжетных картинок (плохо разбираются в мимике изображенных на них людей, не понимают перспективу картинки, не могут воспринять сюжет в целом). Больные эпилепсией медленно схватывают основной сюжет картинки, т. к. застревают на отдельных ее деталях. Больные шизофренией неадекватно воспринимают сюжет картинки, придавая ему личностное значение. Больные в состоянии депрессии, как и больные с синдромом паралитического слабоумия, при рассматривании картинок ведут себя одинаково: они не проявляют никакой заинтересованности в работе; депрессивные больные адекватно воспринимают сюжет картинки, но отвечают медленно, с паузами, тогда как больные с паралитическим синдромом не могут понять смысл сюжета, неадекватно воспринимают сюжет, делают заключения по случайным деталям картинки.

10. Методика «Установление последовательности событий» предложена А.Н. Берштейном, используется для исследования способности пациентов понимать последовательность событий. Слабоумные больные не справляются с заданием, очень часто они устанавливают произвольный порядок, не реагируя на замечания и помощь патопсихолога, у них

нарушена критичность мышления. Больные олигофрены справляются с легкими заданиями. Больные с органическими поражениями, с сосудистыми заболеваниями справляются с серией, состоящей не из шести, а из трех картинок; они быстро истощаются, у них наблюдается сужение объема внимания.

11. Методика «60 слов» позволяет, кроме продуктивности ассоциаций, выявить незаметные на первый взгляд признаки нарушения мышления. Данная методика похожа на ассоциативный эксперимент К. Юнга. Пациенту сообщают, что необходимо проверить их речь. Для больных шизофренией характерна разорванность ассоциаций, иногда непродуктивность мышления (отсутствие слов), ассоциации по созвучию. При органических заболеваниях наблюдается аспонтанность (больной называет то, что находится перед глазами).

12. Методика «Ответные ассоциации» направлена на исследование мышления, ассоциаций, на выявление преобладающих связей (содержательных или выхолощенных), инертности-подвижности нервных процессов. Для больных шизофренией характерны инертность, многословность. Больные с органическими заболеваниями испытывают трудности при выполнении методики, они очень медленно подбирают слова. Больные эпилепсией часто отвечают не одним словом, а целыми фразами.

13. Методика «Противоположности» является вариантом ассоциативного эксперимента; направлена на выявление устойчивости, произвольности ассоциаций. При анализе результатов обращают внимание на соблюдение инструкции пациентом, учитывается время для оценки утомляемости. Больные со сниженным интеллектом, с небольшим словарным запасом обычно добавляют частицу «не» к каждому слову. Методика может предъявляться неоднократно при использовании нескольких ее вариантов, равных по сложности.

14. «Методика Выготского-Сахарова» направлена на исследование мышления, выявление способности формировать понятия. Методика применяется для лиц со средним и высшим образованием. Анализируют рассуждения пациента, выделяемые им признаки. Больные шизофренией создают группы по малозначимым признакам.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Карлинская, И.Б. Ханина

«Нарисуй человека» тест (Draw-A-PersonTest, DAP) – проективная методика исследования личности; разработана Карен Маховер в 1948 г. на основе теста Ф. Гудинаф, предназначенного для определения уровня интеллектуального развития детей и подростков с помощью выполненного ими рисунка мужчины (Гудинаф «Нарисуй человека» тест). «Н. ч.» т. можно использовать для обследования как взрослых, так и детей, допускается групповое обследование.

Обследуемому предлагают карандашом на чистом листе бумаги нарисовать человека. После выполнения рисунка ему дают задание нарисовать человека противоположного пола. Заключительный этап обследования – опрос. К. Маховер составлены специальные перечни вопросов о нарисованных фигурах; эти вопросы касаются возраста, образования, семейного положения, привычек и т. д.

При интерпретации полученных данных автор исходит из идеи о том, что рисунок является выражением «Я» обследуемого. Значительное внимание уделяется анализу разнообразных деталей рисунка, прежде всего особенностям изображения основных частей тела, которые зачастую оценивают в соответствии с психоаналитической символикой.

Изучение валидности «Н. ч.» т. в зарубежных исследованиях привело к противоречивым результатам в силу умозрительности предлагаемых автором интерпретаций. Имеются данные о том, что общие субъективные оценки более валидны и надежны, нежели оценки по отдельным деталям рисунка. В нашей стране «Н. ч.» т. применяется в клинико-психологических исследованиях; анализируются преимущественно формальные аспекты рисунков, например размер фигуры, ее расположение на листе бумаги, степень законченности рисунка и т. п. (Савенко Ю.С., 1970). Полученные при обследовании психически больных результаты соотносятся с клинической картиной заболевания, обогащая и уточняя представление о больном.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Нарушений психической адаптации опросник – опросник личностный; разработан А.И. Скорик и Л.С. Вердловым в 1993 г.; предназначен для предварительной диагностики адаптационных наруше-

ний. Методика носит скрининговый характер (отсеивание). Исследование, проводимое при помощи Н. п. а. о., позволяет получить общее представление о наличии или отсутствии проявленной психической дезадаптации, их основных особенностях. Требования, предъявляемые к такого рода ускоренной диагностике, обусловили небольшой объем опросника и простоту обработки первичных данных.

Опросник состоит из 37 утверждений, касающихся личностных качеств и психологических особенностей испытуемого, состояния соматической сферы, представлений о психическом здоровье, восприятия некоторых обыденных жизненных проблем. Задания опросника требуют только утвердительных или отрицательных ответов («да» — «нет», «верно» — «неверно», «согласен» — «не согласен»). Ответ «не знаю» не допускается.

Н. п. а. о. допускает индивидуальное и групповое обследование. Оценки первичные подсчитываются в соответствии с ключом, раздельно по 6 шкалам опросника. Особенностью первичной обработки является не простой подсчет совпадений с ключом, оцениваемых в 1 балл каждое, а суммирование удельного веса каждого из совпавших с ключевым значением ответов. Весовая величина каждого пункта рассчитывается на основе определения факторной нагрузки данного ответа в измеряемом шкалой признаке. Расчет сделан таким образом, что вес пунктов выражается целыми числами от 1 до 9. Сырые оценки переводятся в стандартные Т-баллы. Результаты представляются графически на специальном бланке в виде профильных оценок.

Шкалы Н. п. а. о. разработаны на основе результатов факторного анализа первичного статистического материала, полученного в соответствующих клинических группах испытуемых:

1. (B) Описывает переживание общего физического и психического комфорта. В норме у адаптированных испытуемых оценка по данной шкале имеет тенденцию к повышению.

2. (H) Шкала «ипохондрии» — отражает степень фиксации на соматическом неблагополучии. При нарушениях адаптации оценка по данной шкале повышается.

3. (M) Шкала «гипоманиакальности» — фиксирует ощущение комфорта с оттенком эйфории, «форсированного благополучия», беспечности. При нарушении адаптации оценка снижается.

4. (P) Шкала описывает депрессивное состояние. Результат отрицательно коррелирует с данными по шкале M. В норме наблюдается низкая оценка.

5. (N) Шкала «невротизации» описывает состояние аффективно-вегетативного дисбаланса, возникающего при эмоциональном напряжении, «нервозность». При нарушениях адаптации оценка повышается.

6. (S) Шкала фиксирует нарушения в сфере социальных отношений. У дезадаптированных оценка повышается.

При интерпретации данных Н. п. а. о. основное значение имеет анализ «профиля». Наряду с этим авторы предлагают простые формальные критерии диагностики дезадаптации. Простейшим из них является критерий, основанный на высоте шкал. Дезадаптация имеет место в том случае, если оценки хотя бы двух шкал превышают значения 70 Т или опускаются ниже 30 Т, либо одна из шкал превышает 80 Т или опускается ниже 20 Т. По данным авторов, вероятность необнаружения реально существующей дезадаптации составляет лишь 5 %. Однако вероятность того, что достаточно адаптированные лица будут причислены к дезадаптированным, составляет 22,5 %. Это делает данный критерий малопригодным, в частности, при проведении массовых эпидемиологических исследований. Более сложным и точным (10 % вероятность того, что адаптированные будут причислены к дезадаптированным) является критерий, учитывающий дифференцированный результат по «шкалам благополучия» (B, M) и «шкалам неблагополучия» (H, D, N, S). Дезадаптация диагностируется в тех случаях, когда B + M составляет 79 Т или когда сумма H, D, N и S превышает 255 Т. Сравнительные исследования на материале контрастных групп показали высокую корреляцию комплексного критерия дезадаптации с верифицированным диагнозом ($r = 0,85$, $p < 0,001$). Надежность ретестовая Н. п. а. о. (при интервале ретеста 1 сутки) по различным шкалам колеблется в интервале $rt = 0,74–0,90$. Имеются сведения о валидности текущей, которая изучалась путем сопоставления данных контрастных групп (группы психически здоровых адекватно адаптированных, психически здоровых с нарушениями адаптации и больных с неврозоподобными состояниями). Сведения о надежности и валидности Н. п. а. о. дают основание предполагать эффективность методики в

индивидуальном и массовом скрининге состояний психической дезадаптации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Общего здоровья опросник (General Health Questionnaire, GHQ) – опросник личностный, разработан Д. Голдбергом (1972). Предназначен для диагностики психологического благополучия, эмоциональной стабильности. О. з. о. имеет три варианта, состоящих соответственно из 60, 30 и 12 вопросов. Ответы даются по четырехбалльной шкале: «0» – «безусловно, нет», «1» – «пожалуй, нет», «2» – «пожалуй, да», «3» – «безусловно, да». Высокие баллы соответствуют утвердительным ответам на те вопросы, которые раскрывают проявления психологического неблагополучия, эмоциональной неустойчивости, и отрицательным ответам на те, которые связаны с выражением положительных эмоций, психологической стабильности (они оцениваются в обратном порядке).

В 1979 г. Д. Голдбергом и В. Хиллером предложен новый вариант О. з. о., состоящий из 28 вопросов (GHQ28) и операционализирующий, согласно авторам, психологическое благополучие как элемент более общего конструкта – «качество жизни». GHQ28 состоит из подшкал: соматические симптомы, социальные дисфункции и депрессия. Этот вариант О. з. о. переведен на 38 языков. Все варианты О. з. о. широко используются за рубежом для измерения степени дистресса. Имеются сведения об их высокой валидности и надежности, представлены нормативные данные для различных возрастных, половых и профессиональных групп.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Объектных отношений методика (Object Relations Technique, ORT) – проективная методика исследования личности. О. о. м. сходна с тематической апперцепции тестом (TAT) и опубликована Х. Филлипсоном в 1955 г. Стимульный материал О. о. м. состоит из 12 рисунков; на рисунках изображены люди, находящиеся как в одиночестве, так и в окружении других людей. Испытуемому предлагается составить рассказы по каждому рисунку. Согласно схеме анализа Х. Филлипсона, интерпретации подлежат: 1) особенности восприятия ситуации, изображенной на рисунке; 2) описание людей, являющихся действующими лицами рассказа и их взаимоотношений; 3) структура рассказа.

Теоретической основой О. о. м. является психоаналитическая теория объектных отношений, представляющая собой попытку описания личности и личностного развития в рамках смены объектных отношений (у разных авторов такие интерпретации заметно различаются). Это отношения с людьми, с которыми личность взаимодействует (первоначально – отношения с матерью); отношения придают смысл инстинктам, форму и структуру «Я». При анализе психических особенностей личности наибольшее внимание уделяется степени дифференциации себя от других и степени зависимости от других. В настоящее время при интерпретации часто используются дифференциальные критерии О. Кернберга: 1) чувство реальности; 2) интеграция «Я»; 3) уровень развития защитных механизмов. Интерпретация данных, полученных с помощью О. о. м., в основном качественная (с позиций психоанализа).

Развернутые данные о валидности и надежности в имеющейся литературе отсутствуют. О. о. м. применяется, как правило, в клинической психологии для изучения личностной динамики в процессе психотерапии. В настоящее время проводятся также исследования с помощью О. о. м. в детской психологии, психологии труда, межкультурные исследования, изучение особенностей защитных механизмов. О. о. м. широко распространена в Великобритании, Южной Америке, Северной Европе и США.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Ожидаемого баланса шкала (Expected Balance Scale, EBS) – опросник для исследования мотивационной сферы личности, ее отношения к будущему; разработан С. Стаатс в 1985 г.

О. б. ш. создана на основе шкалы аффективного баланса (Affected Balance Scale, ABS) Н. Брадбурна (1969) – методики исследования уровня счастья, определяемого как разность между суммами положительных и отрицательных эмоций. Испытуемому предлагалось оценить свои

эмоции по 18 параметрам, исходя из их встречаемости в течение последних недель. Впоследствии эта шкала была модифицирована (1983). Для выявления степени выраженности эмоций предлагалась 4-балльная система ответов. Последний вариант был взят за основу О. б. ш., состоящей из 18 утверждений, приобретших следующую форму: «Какова вероятность того, что в ближайшие несколько недель вы почувствуете...». Вопросы относятся к различным жизненным сферам и оцениваются по 5-балльной шкале. Надежда, диагностируемая по О. б. ш., определяется как разность ожидаемых положительных и отрицательных эмоций. О. б. ш. направлена на выявление в первую очередь эмоционального аспекта надежды. Методика может применяться для исследования оптимистичности как ожидаемых положительных эмоций и пессимистичности как ожидаемых отрицательных эмоций.

По мнению автора, при обследовании лиц пожилого возраста О. б. ш. является более чувствительным диагностическим инструментом, чем индекс надежды. Надежность ретестовая О. б. ш. при обследовании 257 испытуемых 25–72 лет, средний возраст 42,9 года, с интервалом 9 недель — 0,53–0,66. Внутренняя согласованность — 0,83. Показаны высокие коэффициенты корреляции данных, полученных с помощью О. б. ш., и методик исследования отношения к будущему (ABS, шкалы лиц (Face Scale)). Имеются данные об удовлетворительных результатах изучения валидности О. б. ш. по возрастной дифференциации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Опросник терминальных ценностей — опросник личностный; предложен И.Г. Сениным в 1991 г.; предназначен для диагностики жизненных целей (терминальных ценностей) человека. Опросник состоит из 80 утверждений, каждое из которых испытуемый оценивает по 5-балльной шкале: не имеет никакого значения — 1, имеет небольшое значение — 2, имеет определенное значение — 3, важно — 4, очень важно — 5. Примеры утверждений О. т. ц.:

12. Избегать конформизма в своих общественно-политических взглядах.

34. Быть лидером в вашей семье.

43. Получать удовольствие не от результатов вашей работы, а от ее процесса.

Полученные оценки в баллах по таблицам норм переводятся в стэны. Результаты представляются в форме индивидуального профиля, отдельно для шкал терминальных ценностей и жизненных сфер.

О. т. ц. основан на теоретических положениях М. Рокича о структуре человеческих ценностей. Методика позволяет оценить как общую выраженность каждой из восьми терминальных ценностей (а именно: собственный престиж, высокое материальное положение, креативность, активные социальные контакты, развитие себя, достижения, духовное удовлетворение, сохранение собственной индивидуальности), так и их представленность в различных сферах жизни человека (профессиональной жизни, обучения и образования, семейной жизни, общественной жизни, увлечений).

Имеются данные об удовлетворительной надежности О. т. ц. (коэффициент надежности ретестовой nr = 0,52–0,77; коэффициент надежности частей теста: nct = 0,71–0,87), о конструктной валидности (vk) и критериальной валидности (vkrit). Стандартизация проводилась на материале обследования 345 испытуемых в возрасте от 20 до 45 лет. Основной сферой применения О. т. ц. автор считает психологическое консультирование, прежде всего профессиональное.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Пальпация (психологический аспект) (лат. palpatio — ощупывание) — метод медицинского обследования: последовательное ощупывание поверхностных тканей и глубже лежащих органов, позволяющее получить представление о целом ряде свойств исследуемых органов и тканей (о температуре, влажности кожного покрова, величине, положении, форме, взаимоотношении, характере поверхности и консистенции, упругости некоторых органов, свойствах пульса, а также реакции пациента на П., например ощущение боли). В зависимости от целей обследования различают П. поверхностную, глубокую, бимануальную и др. П. возможна благодаря чувству осязания, мышечному и пространственному (стереометрическому) чувству. Для получения надежных результатов требуется длительное и систематиче-

ское упражнение в П., сознательное ее применение: нужно пальпировать, думая, и думать, пальпируя. Руки для врача являются тонким осязательным инструментом (инструментом познания), как бы второй парой глаз (Черноруцкий М.В., 1954).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Н.Л. Морина

Памяти патопсихологические исследования – совокупность методических приемов, с помощью которых изучаются особенности памяти при патологических нарушениях психической деятельности. П. п. и. проводятся при различных соматических, психических заболеваниях, полученной травме. В диагностической процедуре используются следующие методики:

1. «Заучивание 10 слов». Методику предложил А.Р. Лурия для диагностики непроизвольного запоминания. Методика позволяет также оценить утомляемость пациента. Для обследования обычно пользуются разными наборами слов; слова для запоминания предъявляются пациенту несколько раз. Форма «кривой запоминания» позволяет выявить особенности запоминания. Появление лишних слов при воспроизведении может свидетельствовать о наличии органических заболеваний головного мозга. В том случае, когда пациент с каждой новой пробой воспроизводит меньшее количество слов, можно судить об истощаемости внимания; если «кривая запоминания» имеет зигзагообразную форму, то можно сделать вывод о колебаниях внимания.

2. Для исследования опосредованного запоминания применяют методику А.Н. Леонтьева. Пациенту для запоминания набора слов предлагают картинки с изображением различных предметов. Для лучшего запоминания ему нужно подобрать к запоминаемому слову картинку, которая затем поможет вспомнить данное слово. Через час пациенту предъявляют картинки и просят вспомнить слова, для которых были отобраны эти картинки. Интерпретируют установленные связи между словом и картинкой и объяснения самого пациента. Больным олигофренией недоступно установление опосредованных связей. Больные с корсаковским (амнестическим) синдромом находят адекватные связи между словом и картинкой, но воспроизведение у них нарушено, т. к. нарушается память на настоящее. Больные шизофренией устанавливают неадекватные связи: по созвучию, по отдельным элементам изображений на картинке (установление подобных связей позволяет говорить о нарушениях мышления).

3. Методика «Пиктограмма», предложенная А.Р. Лурией, используется не только для диагностики опосредованного запоминания, но и для анализа особенностей мышления, эмоционально-личностной сферы (Херсонский Б.Г., 2000). При интеллектуальном снижении данная методика не применяется. Для запоминания предъявляемых слов (в список включены конкретные и абстрактные понятия) пациенту предлагают сделать рисунок, который поможет затем вспомнить данное слово, оговаривая, что качество рисунка не имеет значения. Анализируют связи, которые пациенты устанавливают между словом или словосочетанием и рисунком, а также объяснения пациента (выявляются нарушения способности к процессам обобщения и абстрагирования). Больные эпилепсией обычно выполняют несколько рисунков для запоминания одного слова («обстоятельность мышления»), детализируют рисунки, которые выполняются очень медленно и тщательно («инертность психических процессов»). Для больных шизофренией характерна неадекватность устанавливаемых связей (установление связей по созвучию, по начальным буквам слова и рисунка), бессодержательность связей, выхолощенность (рисунки из палочек, черточек, геометрические символы), стереотипные рисунки. На эмоционально значимые слова одни больные выполняют рисунки, носящие личностный характер (больные психопатией и больные эпилепсией), а другие – на значимые слова создают образы эмоционально холодные (больные шизофренией).

Следует остановиться на особенностях нарушений памяти: если больной легче воспроизводит слова в пиктограмме, чем слова из набора 10 слов, то можно предположить, что у него нарушения памяти скорее имеют органическое происхождение; если, наоборот, больной легче вспоминает 10 слов и хуже слова в пиктограмме, т. е. опосредованные связи препятствуют воспроизведению, это свидетельствует о нарушении мышления и характерно для больных шизофренией.

4. Методика «Воспроизведение рассказов» используется для диагностики запоминания и понимания текстов, для выявления особенностей устной и письменной речи. Для исследования применяют тексты разной трудности. У больных с сосудистыми и органическими заболеваниями головного мозга наблюдаются различные ошибки при воспроизведении рассказов (замена действующих лиц в рассказе, перемещение событий из одного рассказа в другой). Особенности речи у сосудистых больных заключаются в наличии персевераций, парафазии, что свидетельствует об инертности нервных процессов. Больные шизофренией при пересказе вносят различные добавления, придавая личностную значимость рассказу, включают в него бредовые идеи. Для больных шизофренией характерны аграмматизмы, разорванность речи.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

И.М. Карлинская, И.Б. Ханина

Патохарактерологический диагностический опросник — опросник, предназначенный для определения типов акцентуации характера и вариантов конституциональной психопатии, психопатических развитий и органических психопатий в подростковом и юношеском возрасте (14–18 лет). Является реализацией типологического подхода к исследованию личности. Предложен А.Е. Личко в 1970 г. П. д. о. неоднократно пересматривался с целью усовершенствования; последние данные об основных шкалах опубликованы в 1983 г.

С помощью П. д. о. могут быть диагностированы следующие типы психопатий и акцентуаций характера: гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный. А.Е. Личко помимо названных выделяет смешанные типы, достаточно часто встречающиеся при акцентуациях характера и психопатиях. Они двояки по своей природе и определяются автором: а) как промежуточные типы, в которых сочетания обусловлены эндогенно; б) амальгамные — формирующиеся в течение жизни вследствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в условиях длительного воздействия каких-либо неблагоприятных факторов.

Помимо диагностики типов психопатий и акцентуаций характера объективная шкала П. д. о. дает возможность получения дополнительных диагностических показателей. К ним относятся: 1) показатели диссимуляции откровенности, позволяющие оценить достоверность результатов; 2) индекс В (brain minimal damage), указывающий на возможность изменения характера вследствие резидуального органического поражения головного мозга; 3) показатель отражения реакции эмансипации — стремление освободиться от контроля, оценки старших; 4) показатель психологической склонности к алкоголизации; 5) показатель психологической склонности к делинквентности, т. е. проступкам, правонарушениям; 6) показатель мужественности-женственности, позволяющий судить о преобладании тех или иных качеств в общей системе личностных отношений.

Шкала субъективных оценок предназначена для выяснения того, каким видит свой характер сам обследуемый (или каким хочет его представить). На основе полученных данных можно сделать вывод об адекватности самооценки. А.Е. Личко указывает на то, что совпадение результатов по этой шкале с клинической характеристикой типа, т. е. правильная адекватная самооценка, зависит как от степени психотизации, так и от типа характера.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Пиктограмма (лат. pictus — нарисованный и греч. grapho — пишу) — методика исследования особенностей мышления, опосредованной памяти, аффективно-личностной сферы. Как прием экспериментально-психологического исследования П. была предложена в начале 30-х гг. прошлого века. Обычно испытуемому для запоминания предлагается определенное количество слов или выражений; при этом для каждого из них нужно нарисовать любое изображение или знак, т. е. пиктографически записать ряд понятий. В качестве стимулов используются понятия различной степени обобщенности, в основном такие, прямое изображение которых затруднено либо невозможно (например, «веселый праздник», «теплый ветер», «обман», «справедливость» и т. д.).

Особенностью инструкции испытуемому является его ориентация на исследование только особен-

ностей памяти, а также запрещение использования любых буквенных обозначений. После выполнения рисунков испытуемый должен назвать соответствующие им понятия или выражения. Одним из важнейших элементов исследования является беседа, позволяющая раскрыть смысл символов, продуцируемых испытуемым. Время обследования не регламентируется. Если при использовании варианта П. по А.Н. Леонтьеву выбор испытуемого был ограничен тридцатью изображениями, входившими в набор карточек (при этом в процессе выполнения заданий число возможных вариантов уменьшалось), то единственным фактором, ограничивающим выбор образа в варианте П. со свободным рисованием, является интеллектуально-ассоциативный фонд личности испытуемого, его аффективные установки. Таким образом, характер деятельности испытуемого и возможность интерпретации рисунка приближают П. к проективным методикам. Другой особенностью, расширяющей интерпретативную направленность методики П., является то обстоятельство, что опосредованное запоминание отражает как мнестические, так и интеллектуальные процессы (Лурия А.Р., 1962). Построение образа, пригодного для запоминания, является процессом творческой активности мышления, в котором отражается его индивидуальная структура (Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я., 1972). Отсюда широкие возможности для исследования мышления, в первую очередь процесса обобщения. Не случайно первые исследования с применением П. (Биренбаум Г.В., 1934) были посвящены анализу особенностей мышления больных психическими заболеваниями, т. к. построение П. сопряжено со значительными умственными усилиями и недоступны при интеллектуальной недостаточности.

В нашей стране методика использовалась в контексте изучения опосредованного запоминания в рамках культурно-исторической концепции (Выготский Л.С., 1935). Наиболее простой прием пиктографического исследования был предложен Л.В. Занковым (1935). Испытуемым предлагалось запомнить конкретное слово с помощью определенного изображения на картинке, установив связь между словом и предъявляемым изображением. Вариант П., предложенный А.Н. Леонтьевым (1930), требовал более сложной деятельности — выбора для запоминания слова картинки из предлагаемого набора. Этот вариант П. нашел широкое распространение, особенно в клинических исследованиях детей (Бондарева Л.В., 1969; Иванова А.Я., Мандрусова Э.С., 1970; Петренко Л.В., 1976).

В настоящее время отмечается тенденция разработки и совершенствования интерпретативной схемы П., учитывающей разнообразные категории исследуемых показателей и предусматривающей формализацию данных. Это расширяет возможности методики, допускавшей ранее лишь качественную обобщенную интерпретацию результатов, является основой для стандартизации показателей, что приближает П. к современным психодиагностическим методикам. Одной из наиболее полных схем анализа данных П. является интерпретативная схема Б.Г. Херсонского (1988). Интерпретация складывается из качественного анализа каждого образа с последующей формализованной оценкой на основе отнесения к определенному типу; оценки количественного соотношения образов различного типа в данном протоколе; учета аналитических факторов, недоступных формализации (особые феномены), в том числе графических особенностей рисунка. При качественном анализе учитываются: тематика рисунка, факторы абстрактности (конкретные образы, метафорические образы, геометрические, графические и грамматические символы, индивидуально-значимые образы, формальные образы). Дополнительно рисунки оцениваются по фактору частоты (стандартные, оригинальные, повторяющиеся) и по фактору адекватности (близость образа и понятия, степень обобщенности, лаконичность изображения). К регистрируемым особым феноменам относятся ассоциации по созвучию, выхолощенность символики, недифференцированные изображения, «шоковые» реакции, употребление буквенных обозначений, стереотипии, высказывания испытуемых и т. д. Графические особенности рисунка анализируются с учетом расположения на листе бумаги, характера линий, размера, нажима и т. д. На основании выделенных контингентов больных и здоровых лиц предлагаются нормы выполнения заданий; нормы носят как статистический, так и описательный характер.

Валидность конструктная стандартизированной формы П. анализировалась на основе сопоставления полученных данных с тестом Роршаха, рисуночными проективными тестами, в частности «Дом — дерево — человек» тестом, тестом визуаль-

ной ретенции Бентона, вербальными методиками исследования мышлений. Валидность критериальная (текущая) определялась сопоставлением результатов больных различными психическими заболеваниями и здоровых. П. относится к числу наиболее широко употребимых методик изучения познавательной сферы и личности в отечественной клинической психодиагностике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Порог активности» — опросник личностный, предложен Т.Л. Романовой в 1991 г.; предназначен для диагностики скорости принятия решения и готовности к совершению действий. «П. а.» состоит из 18 утверждений (от первого лица), на которые обследуемый должен дать утвердительный или отрицательный ответ. Примеры утверждений:

1. Прежде чем сделать что-то важное, я долго настраиваюсь, собираясь с духом.

11. Я не люблю людей, которые постоянно сомневаются, вместо того чтобы действовать.

18. Я часто откладываю свои дела «на потом».

За ответ, совпадающий с ключом, начисляется 1 балл. Показатель от 0 до 5 характеризует низкий порог активности, от 6 до 10 — средний, от 11 до 18 — высокий. Обследование занимает не более 10 мин.

«П. а.» стандартизирован на выборке из 100 человек. Сообщается о достаточно высокой ретестовой надежности, а также надежности по внутренней согласованности (0,66). Валидность устанавливалась путем сравнения самооценок обследуемых с результатами тестирования, а также сравнением последних с данными обследования по методике групповой оценки личности (ГОЛ); получены свидетельства удовлетворительной валидности.

Опросник «П. а.» рекомендуется для обследования лиц в возрасте от 18 до 60 лет, имеющих образование не ниже 8 классов. Методика применяется в психологическом консультировании и наиболее эффективна в комплексе с другими.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Проба стимулятивно-перцептивная (Modelo Estimulativo Perceptivo, MEP) — проективная методика исследования личности; разработана Э. Романо в 1979 г.

Стимульный материал П. с.п. представляет собой таблицы с изображением простых геометрических фигур черного цвета на белом фоне; фигуры легко идентифицировать; для них характерна невысокая степень неопределенности, что ограничивает возможности выявления проективных феноменов. В соответствии с инструкцией требуется: 1) описать на листе бумаги то, что испытуемый видит; 2) рассказать, что напоминают предложенные фигуры. При интерпретации ответы испытуемых относят к одной из следующих категорий: геометрические, конфигуративные, обобщающие, графические, эмоциональные. Анализируются следующие параметры:

1. Особенности интеграции Эго-функций. По выполнению первого задания судят о сохранности у испытуемого чувства реальности; ответы рассматриваются как адекватные, если названия фигур соответствуют общепринятым. При более подробном анализе ответы делятся: а) на собственно адекватные; б) адекватно-положительные (детальное описание характеризует развитые дискриминативные функции, точность — аналитико-синтетические функции, а оригинальность описания — склонность к инновациям); в) адекватно-отрицательные (избыток несущественных деталей, пропуски в описаниях и их неоригинальность). Эмоциональность ответов оценивается следующим образом: а) нейтральные эмоции; б) наличие тревоги, если испытуемый повторяется в ответах; в) наличие положительных эмоций — испытуемый воспринимает процедуру обследования как игру; г) наличие отрицательных эмоций (явных или скрытых), если ответ не дается или дается необычный ответ, а также при задержках ответов, вербальной или невербальной демонстрации неудовольствия.

2. Проективные феномены. Обнаруживаются при выполнении второго задания. Хотя структурные характеристики стимулов ограничивают проективность методики, могут диагностироваться явная или скрытая тревога, склонность к навязчивым состояниям и др. По восприятию стимулов судят об оценке внешней действительности, сравнивая воздействие стимулов со своего рода психической травмой. При этом анализируется, например, степень удовольствия-неудовольствия в процессе ответов,

фиксации на невыполненном действии. В целом анализ основан на выявлении связей между символами, особенностями их восприятия и бессознательными феноменами, присущими испытуемому.

3. Способность к научению или к восприятию нового. Анализируются особенности памяти и способность к организации материала во времени, реорганизации собственного перцептивного поля.

4. Интерактивный потенциал. Определяется при групповом обследовании. Диагностируется степень адаптированности к действительности, конформизм, изоляция, тип лидерства и др.

Сведения о надежности и валидности отсутствуют, однако автором отмечается соответствие данных П. с.п. результатам, полученным при использовании других методик. П. с.п. является скрининговой методикой, и ее рекомендуется использовать на предварительном этапе обследования в клинической и педагогической психологии, психологии труда, в семейной консультации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Психиатрического состояния шкала (Psychiatric status shedule) — опросник, предназначенный для скрининга психических расстройств; разработан Л. Спицером, Дж. Эндикотом, Дж. Флейссом, Дж. Коэном в 1964 г. В 1970 г. опубликован повторно, с изменениями после стандартизации на выборке из 2000 испытуемых. П. с. ш. охватывает перечень из 321 симптома, которые образуют симптоматические шкалы («депрессия — тревога», «социальная изоляция», «суицидность», «соматические жалобы», «нарушения речи», «необычные эмоции», «внешний вид или поведение», «ажитация — возбуждение», «враждебность — негативизм», «дезориентация — нарушения памяти», «ретардация — недостаток эмоций», «антисоциальные установки или поступки», «проявления гнева», «мания величия», «подозрительность — галлюцинации») и 6 ролевых шкал («роль кормильца», «роль хозяйки дома», «роль студента или ученика», «роль товарища», «роль родителя», «итоговая роль»). Факторный анализ пунктов, входящих в симптоматические шкалы, позволил выделить так называемые шкалы суммирования симптомов: 1. Удрученность. 2. Расстройства поведения. 3. Расстройства контроля за импульсами. 4. Нарушения чувства реальности. Выделяются также 3 дополнительные шкалы, не имеющие психометрического обоснования, выделенные исключительно для удобства клинического психолога или психиатра: а) «особенности проведения свободного времени»; б) «лекарственная или наркотическая зависимость»; в) «алкогольная зависимость».

Испытуемому предлагается ответить, свойственны ли ему те или иные особенности, указанные в перечне П. с. ш. Баллы, полученные по шкалам, переводятся в стандартные.

П. с. ш. обладает достаточной валидностью и надежностью при исследовании 25 больных, поступивших на лечение, спустя двое суток и спустя неделю после поступления. Поведенческие шкалы более стабильны, чем шкалы психического состояния. П. с. ш. имеет высокие показатели валидности текущей, определенной по методу контрастных групп (исследовались психически здоровые, больные неврозами, шизофренией, алкоголизмом, органическим мозговым синдромом). Лучше всего дифференцируют психически больных от здоровых шкалы «депрессия — тревога», «итоговая роль», «роль кормильца», «особенности проведения свободного времени», «удрученность». Имеются также сведения о достаточной валидности конструкной П. с. ш. по корреляции с данными обследования с помощью различных психиатрических оценочных шкал. Методику рекомендуется применять в эпидемиологических исследованиях, а также в дифференциальной диагностике психических расстройств.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Психогеометрический тест — проективная методика исследования личности; опубликована С. Деллингер в 1989 г. Стимульный материал П. т. состоит из пяти геометрических фигур — квадрат, прямоугольник, треугольник, зигзаг и круг. Обследуемому предлагается «почувствовать свою форму» и выбрать ту фигуру, о которой можно сказать: «это — я» (или ту, которая первой привлекла внимание). Оставшиеся фигуры ранжируются в порядке предпочтения.

При интерпретации результатов автор предлагает исходить из символического значения формы используемых в П. т. стимулов. «Квадраты» — люди

трудолюбивые, усердные, выносливые, ценят порядок, склонны к анализу, пристрастны к деталям, рациональны и эмоционально сдержаны. «Прямоугольники» – люди непоследовательные с непредсказуемыми поступками; их основным психическим состоянием является более или менее осознаваемое состояние замешательства, запутанности в проблемах и неопределенности в отношении себя на данный момент времени. «Треугольники» – люди, рожденные, чтобы быть лидерами; они энергичны, неудержимы, честолюбивы, ставят ясные цели и, как правило, достигают их. «Зигзаги» – люди-творцы с развитой интуицией; доминирующий стиль мышления – синтетический; они устремлены в будущее и больше интересуются возможностями, чем действительностью. «Круги» – люди доброжелательные, искренне заинтересованные в хороших межличностных отношениях; их высшая ценность – люди, их благополучие.

Согласно автору, личность нередко описывается комбинацией двух или даже трех форм; однако важно выяснить, какая из них является доминантной, а какая подчиненной. В качестве теоретических предпосылок, лежащих в основе той науки, которую С. Деллингер определяет как психогеометрию, названы учение К. Юнга о психических типах и представления о функциональной асимметрии полушарий головного мозга.

Сведения о валидности и надежности П. т. отсутствуют. Такая работа начата российскими психологами, попытавшимися установить связь П. т. с показателями ряда личностных опросников и прогрессивных матриц Дж. Равена. Сообщается о том, что почти все результаты сравнительного анализа «подтверждают психологические характеристики геометрических форм личности» (Алексеев А.А., Громова Л.А., 1991). П. т. рекомендуется использовать в практике психологического консультирования.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Психологических затруднений метод обследования – опросник личностный; предложен Т.Л. Романовой в 1992 г. Предназначен для экспресс-диагностики уровня субъективных переживаний индивидом своих жизненных трудностей. П. з. м. о. состоит из 33 утверждений, которые обследуемый должен оценить как «верные» или «неверные» по отношению к себе, например:

– Часто я ссорюсь с людьми из-за того, что у меня трудный характер.

– Я постоянно думаю о том, что мешает нашей семейной жизни.

– Меня очень волнует то, что я постепенно теряю контакт с моим ребенком.

При формулировании утверждений опросника автор исходил из содержания жалоб, с которыми обращаются клиенты психологических консультаций. Большинство жалоб затрагивали четыре сферы жизнедеятельности (что и было отражено в утверждениях), это неудовлетворенность: 1) собой, своей жизнью в целом; 2) общением, межличностными контактами; 3) отношениями с супругом; 4) отношениями с детьми.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Равена прогрессивные матрицы (Raven Progressive Matrices) – тест интеллекта; предназначен для измерения уровня интеллектуального развития. Предложен Л. Пенроузом и Дж. Равеном в 1936 г. Р. п. м. разрабатывались в соответствии с традициями английской школы изучения интеллекта, согласно которым наилучший способ измерения фактора «g» – задача по выявлению отношений между абстрактными фигурами. Наиболее известны два основных варианта Р. п. м.: черно-белые и цветные матрицы.

Черно-белые Р. п. м. предназначены для обследования детей и подростков в возрасте от 8 до 14 лет и взрослых в возрасте от 20 до 65 лет. Материал черно-белого варианта теста состоит из 60 матриц или композиций с пропущенным элементом. Задания разделены на пять серий (A, B, C, D, E) по 12 однотипных, но возрастающей сложности матриц в каждой серии. Трудность заданий возрастает и при переходе от серии к серии. Обследуемый должен выбрать недостающий элемент матрицы среди 6–8 предложенных вариантов. При необходимости первые 5 заданий серии А обследуемый выполняет с помощью экспериментатора. При разработке теста была сделана попытка реализовать принцип «прогрессивности», заключающийся в том, что выполнение

предшествующих заданий и их серий является как бы подготовкой обследуемого к выполнению последующих. Происходит обучение выполнению более трудных заданий (Зимин Б., 1962; Равен Дж., 1963). Каждая серия заданий составлена по определенным принципам.

Серия A. От обследуемого требуется дополнение недостающей части изображения. Считается, что при работе с матрицами этой серии реализуются следующие основные мыслительные процессы: а) дифференциация основных элементов структуры и раскрытие связей между ними; б) идентификация недостающей части структуры и сличение ее с представленными образцами.

Серия B. Сводится к нахождению аналогии между двумя парами фигур. Обследуемый раскрывает этот принцип путем постепенной дифференциации элементов.

Серия C. Задания этой серии содержат сложные изменения фигур в соответствии с принципом их непрерывного развития, обогащения по вертикали и горизонтали.

Серия D. Составлена по принципу перестановки фигур в матрице по горизонтальному и вертикальному направлениям.

Серия E. Наиболее сложная. Процесс решения заданий этой серии заключается в анализе фигур основного изображения и последующей «сборке» недостающей фигуры по частям (аналитико-синтетическая мыслительная деятельность).

Обработка полученных результатов проста. Каждое верное решение оценивается в 1 балл. Подсчитывается общая сумма полученных баллов, а также число правильных решений в каждой из пяти серий. Первичные оценки по таблицам переводятся в соответствии с возрастными нормами в процентили или стэны. Предусмотрена возможность перевода полученных результатов в IQ-показатель стандартный. Существенным этапом количественной обработки результатов обследования с помощью Р. п. м. является вычисление «индекса вариабельности»; индекс определяют исходя из таблиц распределения числа правильных решений в каждой из пяти серий. Варианты распределений решений в сериях были получены эмпирическим путем при анализе выполнения теста испытуемыми из выборки стандартизации; варианты распределения по таблице определяются в соответствии с общей суммой баллов во всех сериях. Например, при общей оценке в 26 «сырых» баллов оценки по отдельным сериям распределяются следующим образом: A — 10; B — 7; C — 5; D — 3; E — 1. Табличное распределение сравнивают с полученным в конкретном случае; разности ожидаемых и наличных оценок в каждой серии (без учета знака) суммируются; полученная величина и является «индексом вариабельности». Нормальные значения индекса в пределах 0–4 свидетельствуют о достоверности результата исследования. При увеличении индекса до критических значений (7 и более) данные теста считаются недостоверными. Сопоставление реального и ожидаемого распределения количества правильных решений в сериях направлено на выявление испытуемых, выполнявших задание путем угадывания. Значение индекса вариабельности может оказаться значительно выше критического в случае установки испытуемого симулировать низкий результат по тесту (демонстрация несостоятельности в решении самых простых задач).

Цветной, более простой вариант предназначен для обследования детей в возрасте от 5 до 11 лет, иногда рекомендуется для лиц старше 65 лет. Цветной вариант Р. п. м. состоит из трех серий: A, AB, B, по 12 матриц в каждой серии. Обработка полученных результатов такая же, как в черно-белом варианте Р. п. м.

Оба варианта теста могут быть использованы как в качестве теста скорости (с ограничением времени выполнения заданий), так и теста результативности (без ограничения времени) (Равен Дж., 1963). Р. п. м. основываются на двух теориях: разработанной гештальт-психологией теории перцепции форм и так называемой теории неогенеза Ч. Спирмена. В соответствии с теорией перцепции форм каждое задание может быть рассмотрено как определенное целое, состоящее из ряда взаимосвязанных друг с другом элементов. Предполагается, что первоначально происходит глобальное оценивание задания-матрицы, а затем осуществление аналитической перцепции с выделением испытуемым принципа, принятого при разработке серии. На заключительном этапе выделенные элементы включаются в целостный образ, что и способствует обнаружению недостающей детали изображения. Теория Ч. Спирмена развивает рассмотренные положения теории перцепции форм.

Данные, полученные с помощью Р. п. м., хорошо согласуются с показателями других распространенных тестов общих способностей. Так, коэффициенты корреляции между результатами теста (серии A, B, C, D, E) и шкалами измерения интеллекта Векслера составляют 0,70–0,74; для испытуемых в возрасте 9–10 лет — 0,91; со шкалами умственного развития (Станфорд-Бине) — 0,66; с тестом Выготского-Сахарова — 0,54. Наиболее высока корреляция оценок Р. п. м. с группой арифметических тестов (0,74–0,87). Коэффициент надежности теста, по данным различных исследований, варьирует от 0,70 до 0,89. Средняя трудность заданий теста — 32,12 %. Показатель прогностической валидности теста (по связи с критериями успеваемости) — 0,72.

Существуют модификации Р. п. м. Одна из таких модификаций предложена автором (Дж. Равен в сотрудничестве с Д. Кортом, 1977, 1982); оригинальный материал теста претерпел значительные изменения: были усложнены задания, введены новые серии. Существенной особенностью является дополнение теста вербальной шкалой (Mill Hill Vocabulary Scales), что, по мнению разработчиков, в немалой мере способствует расширению области применения теста. Интересная модификация Р. п. м., а также процедуры обследования предложены югославскими психологами (Буяс З., 1961); в их варианте предусмотрена дифференцированная форма оценки ответов обследуемых, от которых требуется указать на три фрагмента из тех, что предложены для восполнения матрицы: точно подходящий, подходящий более-менее и совершенно не подходящий. Это дает возможность качественной оценки результатов, отпадает также необходимость в использовании индекса вариабельности. Р. п. м., благодаря простоте применения, валидности и надежности результатов, возможности группового обследования, получили широкое распространение в психодиагностике. В отечественных исследованиях тест успешно используется при обследовании детей и взрослых (Морозов С.М., 1979, 1980; и др.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Ранних воспоминаний процедура (The Early Memories Procedure, EMP) — проективная методика исследования личности; предназначена для выявления так называемых проблемных зон личности на основе воспоминаний; опубликована А Брюном в 1992 г.

Первый этап работы с Р. в. п. связан с актуализацией у пациентов пяти спонтанных ранних детских воспоминаний (early childhood memories, ECMs), среди которых одно особенно ясное или важное воспоминание. Второй этап — 15 направленных воспоминаний, в их числе как ранние детские, так и более поздние воспоминания. Автор предлагает когнитивно-перцептивную модель для интерпретации полученных результатов. Предлагается использовать Р. в. п. при поступлении пациентов в клинику. Методика предоставляет психологу возможность исследования проблемных областей за минимальное время общения с пациентом, на основе чего составляется схема лечения. С помощью теста возможна помощь неопытным клиентам психотерапевта в адаптации к терапевтической ситуации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Реверсивный тест — тест интеллекта, относящийся к группе невербальных, разработан А.В. Этфельдтом. Тест применяется для проверки готовности к обучению чтению. Метод основан на определении степени реверсивной тенденции, т. е. степени затруднений в различении зеркальных образов, которые являются естественной стадией развития зрительного восприятия у детей. Задания заключаются в сопоставлении двух изображений, находящихся в прямоугольнике, и обнаружении среди них тех, которые не являются одинаковыми; образы различаются отдельными деталями. Время выполнения не ограничено, за каждый правильный ответ засчитывается 1 балл. Первичные данные переводятся в оценки 4-балльной шкалы, которые интерпретируются следующим образом: отсутствие готовности к обучению чтению (1 балл), недостаточная готовность, требующая более подробного изучения (2 балла), средний уровень готовности (3 балла), уровень готовности выше среднего (4 балла).

Возможно индивидуальное и групповое применение теста. Сведения о надежности и валидности теста отсутствуют.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Решения проблем опросник (Problem Solving Inventory, PSI) — опросник личностный; направлен на исследование стиля, присущего личности при решении проблем в реальной жизни; предложен П. Хеппнером и К. Петерсеном в 1981 г.

Методика содержит 35 утверждений; испытуемому предлагается указать степень согласия (несогласия) с каждым утверждением по шестибалльной шкале (от 1 балла — «полностью согласен», до 6 баллов — «полностью не согласен»). В ходе разработки Р. п. о. данные, полученные при исследовании с его помощью, подвергались факторному анализу, в результате чего были отобраны три фактора, соответствующие трем диагностическим шкалам; несмотря на ортогональность факторов, возможно и получение общего показателя.

Шкала 1. «Уверенность в решении проблемы» (пример утверждения: «Когда я составляю план решения проблемы, я почти уверен в том, что справлюсь с проблемами, которые могут возникнуть»).

Шкала 2. «Уклонение от решения проблемы» (примеры утверждений: «Столкнувшись с проблемой, я обычно делаю первое, что приходит в голову в процессе ее решения»; «Решив проблему, я не анализирую, что было правильным или неправильным в моих действиях).

Шкала 3. «Самоконтроль» (примеры утверждений: «Хотя я и пытаюсь решить проблему, порой все же чувствую себя неуверенно, не нахожу реального выхода»; «Я высказываю резкие суждения и позднее сожалею об этом»).

Р. п. о. стандартизован на контингенте из 150 испытуемых (студенты американских вузов). Имеются данные об удовлетворительной ретестовой надежности (коэффициенты 0,83–0,89 по отдельным шкалам при интервале 2 недели) и о высокой внутренней согласованности утверждений. Валидность исследовалась путем изучения корреляционных связей шкал Р. п. о. со шкалами подобных личностных опросников. Показано, что измеряемые показатели не связаны с интеллектом, социальной желательностью, а имеют отношение к личностным переменным в области самоконтроля. Работа по изучению валидности опросника продолжается.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Рисования образцов тест — тест практический для исследования пространственного воображения и психомоторной активности; разработан Й.Х. Райскуром в 1947 г. Содержание работы испытуемого состоит в соединении точек внутри квадрата так, чтобы возник образец, изображенный рядом с квадратом. Количество точек в рабочем квадрате — 49. Тестовая тетрадь состоит из двух частей: левой и правой. Каждое задание выполняется поочередно обеими руками. За точное копирование образца начисляется 1 балл. Оценка первичная: переводится в Z-показатели или процентили. Стандартные показатели рассчитаны для правой и левой рук. По таблицам определяется и общий стандартный показатель. Нормы разработаны для выпускников школ (возраст 15–17 лет).

При анализе конструктной валидности выявлена некоторая связь результатов Р. о. т. с тестом «Проверка G» ($r = 0{,}187$ для правой руки, $r = 0{,}095$ для левой руки) и с тестом Вонкомера ($r = 0{,}546$ и $r = 0{,}502$ соответственно). Валидность критериальная анализировалась путем сопоставления результатов Р. о. т. с групповой экспертной оценкой моторной ловкости испытуемых ($r = 0{,}678$).

Р. о. т. является моделью исследования психомоторного развития детей и подростков; по мнению Й. Вонкомера (1969), тест с успехом применяется в консультативной и профориентационной работе, используется и в клинической психодиагностике (исследование особенностей визуальной памяти, латерализации функций и т. д.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Рисунок как средство психодиагностики (в клинической психологии) — совокупность методов, использующих различного рода изображения в исполнении клиента в психодиагностических целях (диагностика индивидуально-психологических особенностей клиента). К наиболее распространенным рисуночным методикам относятся (Лаак Т., 1988): а) спонтанный рисунок, сделанный по собственной инициативе; б) свободный рисунок, выполненный по неопределенной инструкции; в) копирование, срисовывание реального объекта; г) завершение рисунка, дорисовывание некоторых предварительно изображенных элементов; д) конструирование,

выполнение изображения с помощью выбора и сложения из набора готовых элементов.

В России исследования с применением рисунка в качестве тестового материала были начаты в 1909 г. отечественным психоневрологом Г.И. Россолимо. Изучение элементарных изобразительных способностей проводилось с целью выявления индивидуальных различий в норме и патологии на различных группах обследуемых. В 1920–1930-е гг. клинические исследования с использованием рисуночного метода были проведены Л.С. Выготским (1927). А.Р. Лурия (1935) предложил пиктограмму в качестве метода опосредованного запоминания, который заключается в том, что для запоминания слов или выражения человек должен сам придумать образ, пригодный для запоминания, и нарисовать его. Этот метод нашел широкое применение при изучении различных расстройств мышления и памяти и активно используется сейчас в психологических исследованиях.

Среди психологов-практиков рисуночные методики приобрели особенно большую популярность в 1950–1960 гг. Авторы обзорных работ в этой области исследований отмечают, что использование рисунка человека в клиниках и больницах США по частоте применения уступало лишь тесту пятен Роршаха.

Особое внимание в рисуночных методиках уделяется рисованию человеческой фигуры как одному из самых устойчивых и легко актуализируемых архетипов. Определение показателей изображенной человеческой фигуры носит качественный и количественный, формальный характер. Среди факторов, которые поддаются формализации: абсолютный и относительный размеры мужской и женской фигур, их расположение на листе бумаги, качество линий, последовательность рисования частей фигур, заданный фронтальный или профильный угол восприятия изображения, положение рук, изображение одежды, наличие фона, «висит» ли фигура в воздухе или стоит на земле. Специальное внимание обращается на такие детали рисунка, как отсутствие различных частей тела, диспропорция, штриховка, качество и распределение деталей, направления движений и другие особенности стиля. Учитывается также место, отводимое в рисунке каждому из основных частей тела: голове, чертам лица, волосам, шее, плечам, груди, торсу, бедрам и конечностям. Подчеркивается принцип полового диморфизма, согласно которому учитывается ряд характерных особенностей графических изображений для представителей обоих полов (например, для женщин характерно более частое, по сравнению с мужчинами, изображение волос, зрачков, бровей, одежды).

Одной из первых попыток формализации результатов рисуночных методик является исследование Р. Шутейна (1904) в области поиска основ периодизации развития рисунка. Шкалу, по которой можно оценить 51 элемент рисунка фигуры человека, разработала Ф. Гудинаф (1926); затем Д. Харрис (1963) дополнил оценочную шкалу теста «Нарисуй человека», которая уже включала в себя 71 пункт. Принцип, лежащий в основе оценочной шкалы, — нарастание детальности рисунка.

Выделяется еще одна группа рисуночных методик, центральными сюжетами которых являются дерево, дом и т. д. в сочетании с человеческой фигурой и без нее.

Анализу подвергаются результаты так называемых автоматических рисуночных тестов, основное содержание которых составляет срисовывание определенных геометрических фигур, предметов либо дорисовывание начатых конкретных и абстрактных элементов. Некоторые из этих методик позволяют диагностировать последствия травматических изменений центральной нервной системы, делать предположения о специфике развития субъекта, например степени зрелости ЦНС.

В ряде исследований, выполненных с позиций проективного подхода, выделяется формальный аспект анализа изображений, связанный с клиническими проявлениями: зачернение фигур у неврастенических обследуемых, установление скошенных осей, характерных для эпилептических и психопатических индивидов.

Интерпретация большинства методик исходит из психоаналитических трактовок человеческого поведения. В контексте существующих теорий развития интерпретация рисунков основывается на двух основных подходах, рассматривающих рисунок как проекцию личностных черт и как индикатор эмоциональных состояний. Структурный или формальный подход применительно к анализу графических изображений не исключает изучения феноменов, являющихся следствием влияния механизма проекции.

Индивидуальные особенности, типология «рисовальщиков» не остаются без внимания; выделяют (1939) два их основных типа: 1) конструкторов, экспрессионистов – рисующих аналитически, формирующих фигуру из частей, рисующих скорее то, что они знают, а не то, что видят; 2) наблюдателей, импрессионистов – воспринимающих очертания и точные пропорции фигур и изображающих их контурной линией, синтезирующих увиденное.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

А.В. Либин

Розенцвейга рисуночной фрустрации методика (Rosenzweig Picture-Frustration Study, PF Study) – проективная методика исследования личности; предложена С. Розенцвейгом в 1945 г. на основе разработанной им теории фрустрации (лат. frustratio – обман, тщетное ожидание, расстройство).

Стимульный материал Р. р. ф. м. состоит из 24 рисунков, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации переходящего типа. Персонаж, изображенный слева, произносит слова, которыми описывается фрустрация собственная или другого индивидуума. Над персонажем, изображенным справа, имеется пустой квадрат, в который обследуемый должен вписать первый пришедший на ум ответ. Черты и мимика персонажей в рисунках отсутствуют. Изображенные на рисунках ситуации достаточно обыденны и могут быть разделены на две группы: 1) ситуации-препятствия, или, по терминологии С. Розенцвейга, «эгоблокинговые»; здесь какое-либо препятствие или действующее лицо обескураживает, сбивает с толку, фрустрирует любым прямым способом человека, находящегося на рисунке справа; 2) ситуации обвинения, или «суперэгоблокинговые»; в этих ситуациях персонаж, нарисованный справа, обвиняется в чем-либо или его привлекают к ответственности.

Оценка полученных результатов, в соответствии с теорией С. Розенцвейга, осуществляется по направлению реакции (агрессии) и ее типу. По направленности реакции подразделяются на: а) экстрапунитивные (extrapunitive) – реакция направлена на живое или неживое окружение; осуждается внешняя причина фрустрации и подчеркивается ее степень; иногда разрешения ситуации требуют от другого лица; б) интропунитивные (intropunitive) – реакция направлена на самого себя с принятием вины или же ответственности за исправление возникшей ситуации; фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению; в) импунитивные (impunitive) – фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое со временем; обвинение окружающих или самого себя отсутствует.

Разработан вариант Р. р. ф. м. для обследования детей в возрасте от 4 до 14 лет (Розенцвейг С. и соавт., 1948). Возможно групповое обследование. Имеются модификации Р. р. ф. м., предназначенные для изучения отношения к национальным меньшинствам, проблемам сохранения мира и др. В СССР Р. р. ф. м. использовалась для дифференциальной диагностики неврозов, при прогнозировании общественно опасных действий психически больных (Тарабрина Н.В., 1973).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Роршаха тест (Rorschach test, Rt) – экспериментальный проективный тест для исследования личности, основанный на анализе восприятия испытуемым бессодержательных симметричных стандартных пятен. Р. т. применяют для развернутой характеристики (диагноза) личности в целях профориентации, профотбора, психотерапии, а также для диагностики психических расстройств, определения риска агрессивных и суицидальных действий.

Идея использования чернильных пятен в качестве тестового материала была высказана в 1895 г. Бине (Binet A.) и Анри (Henri V.). Первая серия пятен разработана Дайерборном (Diarborn Q., 1897). В 1910 г. Ф.Е. Рыбаков опубликовал серию из 8, а Уиппл (Whipple Q.M.) из 20 пятен. Герман Роршах, посвятивший разработке этого метода 10 лет (1911–1921), превратил его из теста для исследования фантазии в тест для исследования личности. В основе Р. т. лежит представление о проекции не в узком психоаналитическом смысле – как отчуждении вытесненных переживаний и побуждений, а в широком смысле – как личностной характеристике, присутствующей в любой форме деятельности. В Р. т. проекция реализуется в результате необходимости придать содержательную структуру бес-

смысленным пятнам. Анализ взаимодействия стандартного, тщательно изученного во всех аспектах тестового материала пятен с осмысляющей эти пятна деятельностью личности позволяет выяснить ее собственную структуру. Множество используемых характеристик разного уровня, охвата, модальности, аналитичности и особенности их динамики позволяет дать достаточно дифференцированную картину, инвариантную структуре личности. Никакого особого механизма проекции, подразумеваемого психодинамическими школами, не существует; проекция осуществляется в результате целостной психической деятельности.

Процедура Р. т. не связана с какими-либо ограничениями для испытуемого; ему предлагаются в определенной последовательности 10 таблиц с бессодержательными симметричными пятнами: черно-белые, черно-бело-красные и полихромные. Он должен назвать и показать все, что видит содержательного в этих пятнах. Латентное и общее время ответов хронометрируют. Полученные ответы шифруются по определенным правилам, в результате чего вскрывается их сложная структура: во-первых, локализация ответа (дается ли ответ по целому пятну, по ясно очерченной детали, по необычной детали, по белому фону, имеется ли в ответе смешение фигуры и фона); во-вторых, определяются детерминанты ответа, на которые опирается испытуемый, описывая пятна: на форму, цвет, диффузную или дифференцированную светотень, ахроматический цвет, кинестетическое чувство или на их всевозможные комбинации; в-третьих, выявляются классы содержаний: видит ли испытуемый в пятнах людей, животных и др. Кроме того, оцениваются высказываемые испытуемым комментарии, суждения, их популярность и свыше 80 других дополнительных характеристик ответа. Дальнейший анализ использует нормативные таблицы локализации и популярности, которые регулярно обновляются. На основе сложного качественного анализа и соотношения частот устанавливается свойственный испытуемому тип восприятия (целостный, аналитический, осторожный, некритичный, педантичный), тип переживания (экстра- или интратензивный, уравновешенный, суженный), тип контроля эмоций (лабильный, импульсивный и др.), степень реалистичности, мера категориальной четкости познавательных процессов, характеристики тревожности, оппозиционности, инфантильности и т. д. Наборы различных показателей и их сочетаний разносторонне характеризуют интеллектуальные и мотивационные ресурсы личности, особенности мыслительных и эмоциональных процессов в их взаимосвязи, их направленность и многие другие особенности. Затем осуществляют интерпретацию этих, сведенных в различные блоки, данных, постоянно возвращаясь от обобщенных характеристик к их сочетаниям в конкретных ответах с приматом профиля, гештальта, «физиономии» этих последних. Интерпретация представляет последовательное введение полученных результатов во все более широкий контекст внутри Р. т., в систему данных по другим использованным методам, в конкретный клинический и «общежизненный» контекст, в результате чего полученные данные приобретают все большую однозначность.

При решении диагностических задач в данных Р. т. прежде всего выявляют показатели, в наибольшей степени отклоняющиеся от нормативных, и пытаются объяснить это отклонение в контексте других показателей теста. Из нескольких возможных значений выбирается наиболее соответствующее клинической картине. Так, например, выявляемое при тестировании снижение категориальной четкости познавательных процессов, само по себе представляющее неспецифическое расстройство, при отсутствии каких-либо данных, свидетельствующих об аффективных нарушениях, например депрессии, или о психоорганическом синдроме, позволяет предположить наличие шизофрении. При различных формах шизофрении диагностическая значимость показателей различна; так, при бредовой шизофрении, в особенности при систематизированном бреде, отмечается не снижение, а, наоборот, повышение категориальной четкости, несмотря на наличие аффективного расстройства, которое обычно снижает этот показатель. При шизофреническом дефекте нередко удается обнаружить снижение мотивационного потенциала, что выражается в уравнивании показателей темпа, количества и качества ответов на черно-белые и цветные таблицы. Это же относится к патологическому педантизму и классической меланхолии. Прицельный клинический анализ дает возможность, руководствуясь этим показателем, отдать предпочтение одной из трех названных форм психических расстройств, что делает Р. т. при решении такого рода диагностических

задач экспериментально-психопатологическим методом. Использование Р. т. способствует установлению предварительного клинического диагноза и позволяет придавать клиническому анализу большую целенаправленность. Наибольшее значение Р. т. приобретает для выявления скрытых маскированных форм психических расстройств и истинной глубины дезорганизации при различных стертых формах.

Результаты тестирования могут быть также использованы при разработке профессиональных рекомендаций. Например, при профотборе летчиков особое значение приобретают показатели, характеризующие вероятность возникновения стрессовой реакции, состоящей в замедлении темпа, уменьшении количества и снижении качества ответов при предъявлении испытуемому цветных таблиц, а также показатели снижения контроля эмоций.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Ю.С. Савенко

Руки тест (Hand Test) — проективная методика исследования личности; опубликована Б. Брайклином, З. Пиотровским и Э. Вагнером в 1961 г. (идея теста принадлежит Э. Вагнеру); предназначена для предсказания открытого агрессивного поведения.

Стимульный материал Р. т. — 9 стандартных изображений кистей рук и одна пустая таблица, при показе которой просят представить кисть руки и описать ее воображаемые действия. Изображения предъявляются в определенных последовательности и положении. Обследуемый должен ответить на вопрос о том, какое, по его мнению, действие выполняет нарисованная рука (или сказать, что способен выполнять человек, рука которого принимает такое положение). Помимо записи ответов регистрируется положение, в котором обследуемый держит таблицу, а также время с момента предъявления стимула до начала ответа.

Оценка полученных данных осуществляется по следующим 11 категориям: 1) агрессия — рука воспринимается как доминирующая, наносящая повреждения, активно захватывающая какой-либо предмет; 2) указания — рука ведущая, направляющая, препятствующая, господствующая над другими людьми; 3) страх — рука выступает в ответах как жертва агрессивных проявлений другого лица или стремится оградить кого-либо от физических воздействий, а также воспринимается в качестве наносящей повреждения самой себе; 4) привязанность — рука выражает любовь, позитивные эмоциональные установки к другим людям; 5) коммуникация — ответы, в которых рука общается, контактирует или стремится установить контакты; 6) зависимость — рука выражает подчинение другим лицам; 7) эксгибиционизм — рука разными способами выставляет себя напоказ; 8) увечность — рука деформирована, больна, неспособна к каким-либо действиям; 9) активная безличность — ответы, в которых рука проявляет тенденцию к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека или людей; однако рука должна изменить свое физическое местоположение, приложить усилия; 10) пассивная безличность — также проявление тенденции к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека, но при этом рука не изменяет своего физического положения; 11) описание — ответы, в которых рука только описывается, тенденция к действию отсутствует.

Ответы, относящиеся к первым двум категориям, рассматриваются авторами как связанные с готовностью обследуемого к внешнему проявлению агрессивности, нежеланием приспособиться к окружению. Четыре последующие категории ответов отражают тенденцию к действиям, направленным на приспособление к социальной среде; вероятность агрессивного поведения незначительна. Количественный показатель открытого агрессивного поведения рассчитывается путем вычитания суммы «адаптивных» ответов из суммы ответов по первым двум категориям, т. е. S («агрессия» + «указания») — S («страх + «привязанность» + «коммуникация» + «зависимость»). Ответы, подпадающие под категории «эксгибиционизм» и «увечность», при оценке вероятности агрессивных проявлений не учитываются, т. к. их роль в данной области поведения непостоянна; эти ответы могут лишь уточнить мотивы агрессивного поведения.

В теоретическом обосновании Р. т. его авторы исходят из известного положения о том, что развитие функций руки связано с развитием головного мозга. Велико значение руки в восприятии пространства, ориентации в нем, необходимых для организации любого действия. Рука непосредственно вовлечена во внешнюю активность. Следовательно,

предлагая обследуемым в качестве визуальных стимулов изображения руки, выполняющей разные действия, можно сделать выводы о тенденциях активности обследуемых.

Э. Вагнер (1978) на основе изучения работ, выполненных с помощью Р. т., сделал вывод о его высокой валидности и надежности.

На основе Р. т. В. Белшнером и соавт. (1971) разработан тест, состоящий из 34 фотографий руки. В 1990-е гг. тест приобрел популярность, была проведена его адаптация (ИМАТОН, СПб.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Самочувствие. Активность. Настроение» тест (САН) – разновидность опросников состояний и настроений; разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шараем и М.П. Мирошниковым в 1973 г.

САН представляет собой карту (таблицу), которая содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность). При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния – самочувствие, активность и настроение – могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений.

Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы: «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (Леонова А.Б., 1984).

САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Сопряженная моторная методика (лат. motor – приводящий в движение) – способ исследования аффективных реакций человека, разработанный А.Р. Лурией; это первая модель детектора лжи, не потерявшая своего значения и сегодня. В отличие от методов регистрации симптомов аффективных состояний через изменение вегетативных реакций (дыхания, артериального давления, частоты сердцебиений, кожно-гальванической реакции и др.), С. м. м. основана на отражении этих состояний в речевых и двигательных процессах. Испытуемому предъявляется ряд слов, на каждое он должен ответить любым другим словом и одновременно нажать на два пневматических устройства пальцами правой и левой рук. Вызванное словом эмоциональное состояние проявляется в речевых и двигательных реакциях. Изменяются латентный период речевого ответа, а также форма, длительность двигательной реакции. Особое диагностическое значение имеют движения левой руки в ответ на ключевые слова, адресующиеся к аффективному комплексу, т. к. левая рука управляется правым («эмоциональным») полушарием мозга. Сочетание речевых и двигательных реакций более полно отражает изменение эмоционального состояния испытуемого, чем традиционно используемые вегетативные показатели. С. м. м. с успехом применялась в судебной практике для выявления у подозреваемых скрытых следов аффектов, а также для диагностики невротических аффективных комплексов. С. м. м. открывает широкие возможности для изучения эмоциональных состояний в научных и практических целях.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Е.Д. Хомская

Социальной желательности шкала Кроуна–Марлоу (Crowne-MarloweSocialDesirabilityScale, CMSDS) – опросник личностный; разработан Д. Кроуном и Д. Марлоу в 1960 г. для диагностики мотивации одобрения.

С. ж. ш. К.М. состоит из 33 утверждений (18 социально одобряемых и 15 социально неодобряемых образцов поведения), по каждому из которых необходимо выразить согласие или несогласие. Примеры утверждений (из русскоязычного варианта):

1. Я внимательно читаю каждый документ, прежде чем его подписать.

7. Иногда я люблю позлословить об отсутствующих.

17. Были случаи, когда я завидовал удаче других.

Каждый ответ, совпадающий с ключом, оценивается в 1 балл; итоговый показатель мотивации одобрения получают суммированием всех баллов. Этот показатель характеризует мотивационную структуру субъекта и, в частности, степень его зависимости от благоприятных оценок со стороны других людей, его ранимость и чувствительность к средовым и межличностным влияниям. Иными словами, шкала позволяет получить косвенную меру потребности человека в одобрении со стороны других людей.

Авторы шкалы при ее создании руководствовались стремлением разработать инструмент, свободный от известной фиксированности на патологических симптомах, что в той или иной степени присуще ранее созданным шкалам (например, в шкалах контрольных). Кроме того, была поставлена задача дифференциации содержания утверждений от влияния собственно мотивов.

Имеются данные о достаточно высокой валидности и надежности С. ж. ш. К.М. В СНГ известен русскоязычный сокращенный вариант шкалы (20 утверждений), стандартизированный на выборке более 800 человек с последующей проверкой валидности и надежности (Ханин Ю., 1974, 1976).

Шкала применяется: а) при исследовании мотивации одобрения; б) для контроля за степенью установочного поведения и склонностью к соответствующим искажениям ответов в тестах; в) при изучении предпочтительных средовых и межличностных влияний.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Спилбергера тревоги и тревожности шкалы — группа опросников личностных, разработанных Ц.Д. Спилбергером в 1966–1973 гг.

Согласно концепции Спилбергера, следует различать тревогу как состояние и тревожность как свойство личности. Тревога — реакция на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределенным ощущением угрозы, в отличие от страха, который представляет собой реакцию на вполне определенную опасность. Тревожность — индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и в тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают. С точки зрения автора, существует возможность измерения различий между двумя упомянутыми видами психических проявлений, которые обозначаются Astate (тревога-состояние) и Atrait (тревога-черта), т. е. между временными, преходящими особенностями и относительно постоянным предрасположением. Понимание тревоги в теории Спилбергера определяется следующими положениями:

1. Ситуации, представляющие для человека определенную угрозу или личностно значимые, вызывают в нем состояние тревоги; субъективно тревога переживается как неприятное эмоциональное состояние различной интенсивности.

2. Интенсивность переживания тревоги пропорциональна степени угрозы или значимости причины переживаний; от этих факторов зависит длительность переживания состояния тревоги.

3. Высокотревожные индивиды воспринимают ситуации или обстоятельства, которые потенциально содержат возможность неудачи или угрозы, более интенсивно.

4. Ситуация тревоги сопровождается изменениями в поведении или же мобилизует защитные механизмы личности; часто повторяющиеся стрессовые ситуации приводят к выработке типичных механизмов защиты.

Концепция Спилбергера формировалась под влиянием психоанализа. В возникновении тревожности как черты ведущую роль он отводит взаимоотношениям с родителями на ранних этапах развития ребенка, а также определенным событиям, ведущим к фиксации страхов в детском возрасте. Наиболее широко распространенной является шкала *State-Trate Anxiety Inventory* (STAI), представляющая собой комбинацию трех известных тестов: шкалы тревожности Кэттела и Шайера, «Проявлений тревожности» шкалы Тейлор и шкалы тревожности Велша (1964). Шкала состоит из двух частей, по 20 заданий в каждой. С помощью первой определяется, как человек чувствует себя сейчас, в данный момент, (STAI: X1) — актуальное состояние; с помощью заданий второй части выясняется, как субъект чувствует себя обычно (STAI: X2), т. е. диагностируется тревожность как свойство личности. Примеры

утверждений для диагностики тревоги-состояния и тревожности-свойства:

X1:

– Я чувствую себя свободно.

– Я слишком возбужден, и мне не по себе.

– Я чувствую себя отдохнувшим.

– Я нервничаю.

X2:

– Я обычно быстро устаю.

– Обычно я чувствую себя в безопасности.

– Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть.

– Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах.

Каждая из частей шкалы имеет собственную инструкцию; заполнение бланка ответов несложно; продолжительность обследования составляет 5–8 минут. Отдельные высказывания, включенные в опросник, оцениваются респондентами по четырехбалльной шкале. Вербальная интерпретация позиций оценочной шкалы в первой и второй частях опросника различна. Для (STAI: X1) – «совершенно верно» (4 балла), «верно» (3 балла), «пожалуй, верно» (2 балла), «совершенно неверно» (1 балл). Для (STAI: X2) – «почти никогда» (1 балл), «иногда» (2 балла), «часто» (3 балла), «почти всегда» (4 балла).

Первичная оценка переводится в процентильные показатели. Процентили приводятся отдельно для мужчин и женщин. Кроме этого, Спилбергер приводит средние показатели тревожности и тревоги для отдельных контингентов испытуемых (операторов, таможенников, диспетчеров железной дороги, рабочих, студентов, руководящих работников, алкоголиков, шизофреников).

При анализе валидности обнаружены положительные коэффициенты между результатами STAI (С. т. и т. ш.) и опросниками «Шестнадцать личностных факторов» (Р. Кэттела) и EPQ (личностный опросник Г. Айзенка). Результаты факторного анализа подтверждают валидность С. т. и т. ш. Надежность определялась методом расщепления; в разных выборках r = 0,38–0,32. Внутренняя согласованность утверждений С. т. и т. ш. находится на достаточно высоком уровне. Надежность ретестовая при интервале ретеста 14 дней для (STAI: X2) составила r = 0,77, для (STAI: X1) r = 0,59, что в данном случае является еще одним подтверждением ориентированности опросников X1 и X2 на ситуативные и относительно постоянные черты.

С. т. и т. ш. допускает индивидуальное и групповое использование. Наряду со С. т. и т. ш. в 1973 г. была разработана шкала STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children); окончательная версия STAIC явилась продолжением работы над STAI с целью создания опросника для подростков в возрасте от 10 до 15 лет. Так же как и в шкале STAI, в подростковой версии содержится 20 вопросов и имеются две раздельные части опросника: Astate, Atrait. Обработка и интерпретация аналогична STAI, с той только разницей, что в опроснике для подростков уменьшено количество позиций шкалы рейтинговых оценок: «почти никогда», «никогда», «часто». Шкала STAIC характеризуется высокой стабильностью результатов во времени. Внутренняя согласованность подтвердилась корреляцией заданий с общим результатом по каждой из частей шкалы и коэффициентом альфа Кронбаха: при исследовании Astate rxy = 0,26–0,52, коэффициент альфа имеет значение 0,8; при исследовании Atrait rxy = 0,13–0,52, коэффициент альфа – 0,916. Корреляция между шкалой свойства и шкалой состояния – rxy = 0,41. Анализ валидности STAIC осуществлялся по выше описанной модели валидизации STAI. Однако имелось и оригинальное исследование критериальной валидности путем оценивания различий в состоянии тревожности у десятилетних девочек и мальчиков при пребывании в школе и перед посещением стоматолога. Имеются сведения о положительной связи STAIC и «Проявлений тревожности» детской (шкалой CMAS).

Проведение обследования с помощью STAIC аналогично работе с взрослой версией шкалы: выполнение обеих частей требует около 8–12 минут. Рекомендуется первой применять шкалу состояний, а второй – шкалу свойств. В отличие от опросника STAI в подростковой форме первичные оценки могут быть переведены как в процентили, так и в стэны отдельно для мальчиков и девочек. Разница между возрастными категориями испытуемых была настолько малой, что авторы отказались от разработки отдельных норм.

С помощью С. т. и т. ш. возможно индивидуальное и групповое обследование. Опросники широко распространены в прикладных исследованиях, особенно в области клинической психодиагностики, и

высоко оцениваются за компактность и достоверные диагностические данные. Получил широкое распространение русскоязычный вариант STAI, который известен как шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера—Ханина (1976, 1978). Ю.Л. Ханин адаптировал, модифицировал и стандартизировал методику, а также получил ориентировочные нормативы поуровневой выраженности тревожности: от 20 до 34 баллов — низкий уровень тревожности, от 35 до 44 баллов — средний уровень тревожности и выше 46 баллов — высокий уровень тревожности.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Стимульно-инструктивная ситуация теста — комплексная характеристика теста, отражающая особенности инструкции, характер и тип теста, стимульного материала и особенности оценивания полученного результата.

Понятие «С. и. с. т.» введено Р. Кэттелом и Е. Барбуртоном (1967); оно лежит в основе предложенной ими таксономии психодиагностических методик. Выделяется тринадцать параметров, характеризующих типы С. и. с. т. и, соответственно, варианты конструкции тестов:

1. Ориентированность теста на фиксацию наличия или отсутствия реакции на стимул (например, тесты чувствительности к боли, тесты на время реакции и т. д.).

2. Наличие ограничений или неограниченное разнообразие ответов, способов реагирования (например, можно сравнить опросники с дихотомическим выбором ответа и тест Роршаха).

3. Наличие вариантов выбора решения или свободно продуцируемый ответ (примером свободных ответов являются те, которые дает обследуемый в тесте тематической апперцепции).

4. Наличие в тесте единичных или повторяющихся ответов (например, тесты скорости).

5. Упорядоченная или неупорядоченная последовательность ответов (например, от испытуемого может требоваться выполнение теста в строгой последовательности от первого до последнего задания и, напротив, может допускаться свободный выбор решаемых задач).

6. Однородность или разнородность ответов (некоторые тесты состоят из заданий единого типа, в других, например тестовые батареи, задания могут отличаться по своему характеру).

7. Свободное или ограниченное время решения.

8. Завершенность (окончательность) реакции или реагирование на реакцию (испытуемый либо непосредственно реагирует на материал теста, либо на свою собственную реакцию; например, тот или иной стимул как-либо оценивается, вызывает ассоциации или воспоминания).

9. Наличие явного или неявного смысла заданий; некоторые тесты не имеют никакого значения, лежащего вне их (например, измерение времени реакции); в то же время там, где интересуются мнением о чем-либо, такое значение всегда присутствует.

10. Представление теста в виде отдельных заданий или целостное представление (речь идет о различиях между тестами, состоящими из дискретных задач или же из единственного задания).

11. Психологическая сущность действия, необходимого для выполнения теста. Этот параметр учитывает, требуется ли для ответа знание (например, верное суждение), мнение, опознание или распознание.

12. Различия в субъективной приемлемости в ситуации тестирования.

13. Различия в свободе выхода из ситуации тестирования.

Приведенные таксономические параметры теоретически обусловливают существование 13 типов С. и. с. т. Дополнительно к параметрам, описывающим характеристики стимулов и инструкции, выделяются следующие характеристики оценивания результатов теста:

1. Объективность — субъективность оценивания.

2. Оценка целостного поведения или отдельных реакций.

3. Регистрация одного правильного (или возможного) ответа либо классификация разнообразных ответов (параметрическое или непараметрическое оценивание). Параметрически раскрывается время, количество ошибок, повторений и т. д. Непараметрически оценивается количество и разнообразие классов ответов; непараметрическое оценивание свойственно многим тестам креативности.

4. Анализ общего количества ответов или их части, соответствующей некоторому критерию (например, опросники личностные).

5. Наличие единого однородного показателя или различных относительных показателей. Единый показатель возможен при оценке теста в целом, как, например, в случае личностных опросников.

6. Разнотипные относительные показатели определяются в следующих формах: различия во времени выполнения первой и второй частей теста (например, «Корректурная проба»); запоминание материала при обычных условиях и при отвлекающих обстоятельствах и т. д.

7. Нормативное оценивание.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Терстоуна шкалы — разновидность опросников установок (аттитюдов); названы по имени автора — Л. Терстоуна, предложившего их совместно с Е. Чейвом в 1929 г.

Основной метод конструирования Т. ш. состоит в последовательном выполнении четырех этапов: 1) выбор установки, подлежащей измерению; 2) отбор значительного количества утверждений (высказываний), относящихся к данному аттитюду; 3) экспертная оценка утверждений обычно по 11-балльной шкале от «очень расположен» до «очень нерасположен» к объекту установки. Например, Л. Терстоун и Е. Чейв предложили 130 отобранных ими утверждений (отношение к религии) 300 экспертам для распределения по рубрикам, обозначенным буквами латинского алфавита от А до К; в рубрику А должны быть отнесены утверждения, в которых давалась наиболее высокая оценка высказывания, в рубрику F — нейтральные, а в К — с крайне отрицательной оценкой. В остальные рубрики вводились утверждения соответственно степени выраженного в них благожелательного или отрицательного отношения; 4) выбор тех утверждений, относительно которых мнения экспертов не разошлись; выделение шкалы с равнораспределенными единицами измерения. Показателем представленности установки у испытуемого является медианная шкальная цена высказывания, выраженная в 11-балльной оценке; при этом учитываются утверждения, с которыми испытуемый согласен. Медианная оценка рассчитывается на основании усредненных показателей экспертной группы; вариантом оценивания может быть установление наибольших оценок в заданиях с положительным ответом.

Вместе со шкалами Лайкерта Т. ш. являются распространенным приемом психологической диагностики установок. Исследования с помощью Т. ш. компактны, на их основе возможна разработка опросников, ориентированных на исследование широкого круга аттитюдов. Недостатком Т. ш. является сложность формирования выборки, которая должна точно отражать ту выборочную совокупность, для которой предназначается инструмент измерения. Помимо этого, необходимо около 100 экспертов для создания надежной Т. ш. Наконец, нельзя исключать влияния собственных установок экспертов на классификацию утверждений.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Тест тематической апперцепции (ТАТ) для измерения мотива аффилиации (ревалидизация) — проективная методика, усовершенствованная Р. Хейнсом, Д. Вероффом и Д. Аткинсоном (1958), которые разработали структурированный ТАТ для измерения мотивов аффилиации (стремления к сохранению, созданию или восстановлению положительных эмоциональных взаимоотношений с другими людьми), а также мотивов доминирования (лидерства) и достижения.

В классической методике ТАТ шкалирование оценок основано на опыте и интуиции интерпретатора. По литературным данным (Макклелланд Д., 1958), надежность оценки изучаемых мотивов (устойчивость получаемых показателей при повторном исследовании в идентичных условиях одних и тех же испытуемых) равна 0,95, а коэффициент согласия между экспериментаторами, независимо друг от друга проводившими содержательный анализ одной и той же серии рассказов, — 0,93 и более. Что же касается применения понятия валидности к ТАТ, то трудности его использования уменьшаются по мере структурированности этих тестов.

Для создания структурированного ТАТ разработана система категорий, позволяющих точно идентифицировать тот или иной функциональный элемент мотива. Каждая категория, которую экспериментатор может выделить в рассказе испытуемого по картинкам ТАТ, оценивается в 1 балл. Всего же при анализе аффилиации выделено 8 категорий (система образов аффилиации, эмоции, инструмен-

тальная активность и др.). Каждая из этих категорий хорошо описана; определены правила, позволяющие установить их наличие в тексте, написанном испытуемым по картинкам ТАТ. Индивидуальный шкальный балл определяется путем суммирования отдельных баллов по категориям. Процедура идентификации категорий составляет основное содержание работы эксперта по контент-анализу этих текстов.

Применение структурированного ТАТ в нашей стране потребовало предварительной реадаптации и ревалидизации метода контент-анализа рассказов, т. к. особенности культуры могут определять иное содержание категорий анализа. Ревалидизация должна была установить, в состоянии ли тест, применяемый в новых культурных условиях и переведенный на русский язык, различать лиц, обладающих высоким и низким уровнями аффилиации. В 70-е гг. прошлого столетия метод контент-анализа рассказов (написанных по картинкам ТАТ) для измерения мотива достижения ревалидизирован Ю.М. Орловым, мотива аффилиации — Ю.М. Орловым, Н.Д. Твороговой.

Поскольку составители структурированного варианта ТАТ применяли экспериментальные ситуации с возбуждением и нейтрализацией мотива аффилиации, то при ревалидизации повторили те же экспериментальные процедуры. Задачей было установить: а) коррелируют ли индивидуальные шкальные баллы, полученные по результатам описания картинок теста, с возбуждением и нейтрализацией мотива аффилиации или подавлением мотива аффилиации другим мотивом, например мотивом достижения; б) влияет ли на шкальный балл различие картинок, по которым испытуемый пишет рассказы; в) поскольку шкалирование осуществляется экспертами, которые пользуются общим текстом инструкции, — в какой степени различаются суждения экспертов, работающих независимо друг от друга. Если корреляции достаточно тесные и различия между крайними значениями мотива аффилиации (высоким и низким) проявляются в индивидуальном шкальном балле, то можно принять решение о применимости данного варианта методики ТАТ для измерения аффилиации в наших условиях.

Исследование проводилось среди студентов 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. В нем приняли участие 100 человек (8 учебных групп), выбранных случайным образом. В каждой группе с интервалом в 10 дней предъявлялся ТАТ в ситуации возбуждения мотива аффилиации и в ситуации, когда мотив аффилиации не возбуждался. Ситуация возбуждения мотива аффилиации (М1) достигалась путем организации общения и беседы по проблемам межличностных отношений в учебной группе, проводилась социометрическая процедура, студенты оценивали наличие или отсутствие у каждого студента своей группы аффилиативных черт личности. Ситуация, нейтральная для мотива аффилиации (М0), создавалась путем нейтрализации мотива аффилиации благодаря возбуждению мотива достижения (установлено, что мотивы аффилиации и достижения не коррелируют между собой). Студенты решали задачи и головоломки при дефиците времени в значимой ситуации. В исследовании использовались две группы картинок ТАТ из каталога Мюррея и из каталога Макклелланда (К1 — картинки 7ВМ и К2 — картинки ЭВМ), по две картинки в каждой группе.

Устранение влияния последовательности создания экспериментальных ситуаций в группе (последовательности ситуации М0 и М1, а также ситуаций К1 и К2) было осуществлено благодаря тому, что в четырех экспериментальных группах вначале создавалась ситуация М0, затем М1, в остальных — последовательность создания этих ситуаций была противоположной. Аналогично — с условиями К1 и К2 (в четырех группах вначале предъявлялись картинки К1, в других четырех — К2).

Контент-анализ 400 рассказов, написанных всеми испытуемыми в указанных экспериментальных ситуациях, проводился двумя экспертами независимо друг от друга. Наибольшее шкальное значение при измерении аффилиации — 7, наименьшее — 0. Сопоставлялись две оценки мотива аффилиации, данные двумя экспертами.

Выявлена статистически значимая зависимость частотных распределений шкальных значений контент-анализа рассказов при измерении мотива аффилиации двумя экспертами (по критерию А.Н. Колмогорова $P(X) = 0{,}9639$).

Попарное сравнение частотных распределений шкальных значений контент-анализа при условии К1 в ситуациях М1 и М0 и при условии К2 в ситуациях М1 и М0 показывает, что частотные распределения шкальных значений для эксперименталь-

ной ситуации возбуждения мотива аффилиации и ситуации, при которой мотив аффилиации не возбуждался, оцененные по критерию Колмогорова–Смирнова, существенно различны ($p < 0,05$). Следовательно, категории контент-анализа «чувствительны» к возбуждению и торможению мотива аффилиации, они «работают».

Оказалось, что как картинки Мюррея, так и картинки Макклелланда являются достаточно надежным стимульным материалом для измерения мотива аффилиации, что дает основание утверждать, что нет необходимости заменять их какими-либо другими. Различия в распределении шкальных значений контент-анализа при условии К1 и при условии К2 не достигают высокого уровня значимости.

Проведенное исследование показало, что категории контент-анализа чувствительны к возбуждению мотива аффилиации, методика валидна; структурированный вариант ТАТ для измерения мотива аффилиации может применяться в нашей стране.

▸ *Орлов Ю.М.* Измерение социогенных потребностей с помощью теста тематической апперцепции // Сб.: Проблемы формирования социогенных потребностей. Тбилиси, 1974; *Орлов Ю.М., Творогова Н.Д., Шкуркин В.И.* Потребности и мотивы учебной деятельности студентов медвуза. М.: 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, 1976; Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д.* Экспериментальное изучение макроструктуры деятельности общения студента: дис.… канд. психол. наук. М., 1977; *Орлов Ю.М., Творогова Н.Д.* Ревалидизация теста тематической апперцепции для измерения мотива аффилиации // Вопросы психологии. 1982. № 2; *Heyns R., Veroff J., Atkinson J.* A scoring manual or the affiliation motive. In: Motives in fantasy, action and society. N.Y., 1958; *McClelland D.C.* Methods of measurement human motivation. In: Motives in fantasy, action and society. N.Y., 1958

Н.Д. Творогова

Тесты индивидуально-ориентированные – разновидность тестов, реализующих индивидуальный подход к диагностике психологических особенностей и поведения испытуемого. В ходе обследования с помощью Т. и.о. испытуемому предъявляется задание средней трудности. В случае правильного решения уровень трудности повышается, а в случае ошибки – снижается. Таким образом, путем предъявления относительно небольшого количества заданий может быть достоверно установлен точный уровень успешности испытуемого. Как правило, конструируются Т. и.о. на основе компьютерного предъявления заданий, которые применяются с учетом индексов трудности. Во многих Т. и.о. используют задания, градуированные по кривым зависимости «задание – ответ»; так что точные оценки могут быть получены на подмножествах заданий. Т. и.о. дают гарантию понимания испытуемым инструкции, сокращают время обследования.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Тесты интеллекта (лат. intellectus – понимание, познание) – тесты общих способностей; предназначены для измерения уровня интеллектуального развития; являются наиболее распространенными в психодиагностике.

Проявления интеллекта многообразны, но им присуще то общее, что позволяет отличить их от других особенностей поведения, а именно: вовлечение в любой интеллектуальный акт мышления, памяти, воображения – всех психических функций, которые обеспечивают познание окружающего мира. Соответственно, под интеллектом как объектом измерения подразумеваются не любые проявления индивидуальности, но те, которые имеют отношение к познавательным свойствам и особенностям. Это нашло свое отражение в многочисленных тестах для оценки различных интеллектуальных функций (тесты логического мышления, смысловой и ассоциативной памяти, арифметические, пространственной визуализации и т. д.). Этот эмпирически образовавшийся ряд тестов («очищенных» от измеряющих мышечную силу, остроту слуха и зрения, времени реакции и других переменных) достаточно четко отграничен от других методик измерения индивидуально-психологических особенностей – тестов личности, направленных на изучение интересов, эмоций, а также особенностей поведения в определенных социальных ситуациях.

Первые Т. и. были созданы Ф. Гальтоном, стремившимся охватить «измерением и числом операции ума» (Гальтон Ф., 1879). Ему же принадлежит заслуга разработки математико-статистических методов анализа данных по индивидуальным различиям. Идеи Ф. Гальтона развивал Дж. Кэттел,

положивший начало широкому использованию «умственных тестов». Им были заложены основы современных Т. и., прообразом которых является широко известная шкала умственного развития Бинэ–Симона, разработанная в 1905 г. Из последующих работ Ч. Спирмена (1904, 1927), Л. Терстоуна (1931, 1947) родился факторный анализ, способствующий появлению комплексных тестовых батарей. Полученные с помощью Т. и. результаты выражались в виде коэффициента интеллекта (IQ). Исследованиями была установлена независимость IQ от генетических факторов и значимые корреляции с социально-экономическими и культурными условиями развития человека. В современных Т. и. учитываются социальные нормы и ценности, стандарты поведения и мышления, присущие определенной культуре и ее субкультурам. В то же время подчеркивается методологическая несостоятельность схем линейного детерминизма в изучении человеческого индивидуума (Ломов Б.Ф., 1984; и др.) В отечественных исследованиях накоплен определенный опыт использования наиболее известных Т. и. — это шкала измерения интеллекта Векслера, школьный тест умственного развития и др.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Тесты компьютерные — психодиагностические методики, разработанные (адаптированные) с учетом специфики и возможностей компьютера.

Компьютерное тестирование в простейшем и наиболее распространенном ныне виде представляет собой предъявление заданий тестов на экране компьютера и запись ответов со стандартной или специально разработанной клавиатуры. После завершения тестирования компьютер может вывести на экран показатели испытуемого и его интерпретацию, основанную на нормах тестовых, занесенных в память компьютера. Могут автоматически выполняться различные процедуры анализа заданий, факторный анализ и т. п.

Компьютерное предъявление стандартизированных тестов может быть высокоэффективным средством лишь при условии соответствующих психометрических качеств самого теста. Когда обычный тест переносится на компьютер, он должен повторно пройти через процедуры определения надежности и валидности, необходим и пересмотр норм. Следует учитывать, что Т. к. способствуют как актуализации у испытуемых социально-нормативных форм поведения, маскирующих индивидуально-психологические особенности, так и появлению специфических эмоциональных реакций. Более сложной, но и перспективной процедурой, реализующей возможности компьютера, является разработка тестов индивидуально-ориентированных, в которых характер заданий изменяется с учетом выполнения их испытуемым.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Томский опросник ригидности — опросник личностный; предложен Г.В. Залевским в 1987 г. для выявления психической ригидности как трудности корректировки отдельных элементов или программы поведения в целом в соответствии с объективными требованиями ситуации при различной степени их осознанности и принятия.

Т. о. р. состоит из 159 заданий, сформулированных в виде вопросов и утверждений, содержание которых достаточно широко отражает те ситуации, где находит проявление психическая ригидность, т. е. в которых от человека требуется изменить программу поведения: образ жизни, стереотипы, отношения, установки, привычки, навыки, темп и ритм жизни и деятельности, средства достижения какой-либо цели, саму цель и т. д. Т. о. р. содержит следующие шкалы:

1. Шкала общей ригидности, или СКР (склонности к широкому спектру фиксированных форм поведения), так называемый симптомокомплекс ригидности (62 задания) — склонность к персеверациям, навязчивостям, стереотипиям, упрямству, педантизму и собственно ригидности (в узком смысле: неспособности при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы и т. п.). Имеется субшкала актуальной личностной ригидности (18 пунктов), выявляющая ригидность в узком смысле.

2. Шкала сенситивной ригидности, или СР (19 заданий), отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений; возможен страх перед новым, своего рода неофобия.

Основой для разработки Т. о. р. явилось предположение о том, что психическая ригидность как в норме, так и в патологии, входя в структуру личности, характеризуется следующими параметрами: а) интенсивностью (силой, глубиной); б) экстенсивностью (широтой или спектром охвата структуры личности по вертикали и по горизонтали — вдоль ее подструктур); в) устойчивостью или стойкостью (реакция — состояние — черта); г) генерализованностью и доминированием (черта — симптомокомплекс — тип личности); д) мотивированностью (принятием — неприятием).

По мере углубления патологии, как полагает автор опросника, должны увеличиваться показатели интенсивности и экстенсивности психической ригидности в сторону ее чрезмерной выраженности и тотальности охвата личности, а также должно возрастать количество случаев проявления психической ригидности как черты, генерализующейся в направлении к типу акцентуации личности, для которого чаще всего и в высокой степени характерно непринятие требований объективной ситуации.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Тревожность тестовая — состояние испытуемого, обусловленное действием разной степени выраженности мотива экспертизы, возникающего в психодиагностической ситуации. Т. т. более выражена у лиц с проявлением реактивной или личностной тревожности (шкалы тревоги и тревожности Спилбергера), с повышенной мотивацией на обследование. Т. т. может явиться следствием неквалифицированного, неэтичного поведения экспериментатора, ошибочно составленной инструкции, стрессогенных факторов ситуации обследования (жесткое лимитирование времени выполнения, групповое выполнение заданий в условиях «открытости» результатов и т. п.), а также неадекватно высокой очевидной валидности выполняемого теста. Характер влияния Т. т. на результаты обследования в полной мере не выяснен; в большинстве случаев это влияние признается негативным. Так, по данным С. Саразона и соавт. (1960), К. Хилла и соавт. (1964, 1966), Ц. Спилбергера (1972), И. Годри и Ц. Спилбергера (1974) и др., существует обратно пропорциональная связь между уровнем тревожности и показателями тестов достижений и тестов интеллекта, отмечающаяся как у взрослых, так и у детей. С другой стороны, Д. Френч (1962) не обнаружил различий в результатах тестирования студентов колледжа в напряженной и спокойной ситуации. По мнению А. Анастази (1982), отношения между тревожностью и качеством выполнения теста нелинейны; индивидам с невысоким уровнем тревожности благоприятны условия, вызывающие состояние незначительной тревоги, в то время как людям, имеющим высокий уровень тревожности, лучше выполнять тест в более спокойных условиях. Т. т., таким образом, является дополнительным фактором, оказывающим воздействие на достоверность психодиагностического обследования. В этой связи необходимо принятие мер к снижению уровня напряженности в ситуации тестирования. Это особенно важно в клинической психодиагностике, для которой обследование имеет не только диагностическое значение, но и в определенной степени выполняет психотерапевтическую функцию. Интерпретация результатов обследования должна проводиться с учетом индивидуального уровня Т. т. конкретных испытуемых. Сведения о Т. т. могут быть получены как из данных опроса и наблюдения, так и при использовании специальных диагностических методик. Профилактика Т. т. опирается на неукоснительное следование этическим нормам психодиагностики, тщательную подготовку тестового материала, особенно инструкции, правильный выбор тактики индивидуальных и групповых обследований, условий тестирования.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Установки на ответ (response sets) — психологический феномен достоверности, имеющий установочную природу и приводящий к снижению достоверности ответов на задания опросников. Л. Кронбахом (1946) определяется как стилистическая последовательность, стимулируемая формой ответов на задания опросников. Степень проявления У. н. о. зависит от индивидуально-личностных особенностей испытуемого, характера заданий опросника, особенностей мотивации на обследование и диагностической ситуации, от ряда других факторов. При применении методик, реализующих субъективный

психодиагностический подход, наиболее частым и заметным является влияние следующих У. н. о.:

1. Установка на согласие (response set of acquiescence). Тенденция испытуемого соглашаться с утверждениями или давать на поставленные вопросы ответ «да» независимо от их содержания. Чаще всего, согласно Д. Гилфорду (1959), эта установка проявляется тогда, когда утверждения (вопросы) неоднозначны и неопределенны. Проявляется данная установка у лиц, отличающихся конформностью, а также у тех, кто испытывает подозрительность по отношению к (реальным или воображаемым) обследованию и последствиям, связанным с его результатом. Наряду с установкой на согласие возможен и противоположный вариант – установка на отрицание, проявляющаяся у лиц, испытывающих отрицательное отношение к исследованию, а также в случаях низкой очевидной валидности методики и при использовании большого объема заданий в методике.

2. Установка на социально одобряемые ответы (response set of social desirability). Тенденция испытуемого отвечать на вопросы так, чтобы выглядеть «социально положительным». Истинные результаты самооценивания подменяются представлением испытуемого о «положительном» или «нормальном» проявлении исследуемого качества личности или особенности поведения.

3. Установка на неопределенные или средние ответы (response set of using the uncertain or middle category). Если в опроснике представлена средняя категория ответов, отражающая нерешительность или неуверенность (например, «не знаю», «не уверен», «затрудняюсь ответить» и т. п.), то некоторые испытуемые склонны прибегать к такой формулировке ответа как к безопасному компромиссу. Обычно это приводит к снижению валидности и искусственному завышению надежности опросника, поскольку большинство способов анализа результатов обследования основываются на крайних значениях ответов.

5. Установка на «крайние» (расположенные по краям шкалы) ответы (response set of using the extreme response). Может проявляться при использовании многоэлементной рейтинговой шкалы (Верной П., 1964); наиболее часто отмечается в случаях большого числа рейтинговых категорий ответов (8 и более).

Минимизация влияния У. н. о. – один из важных аспектов конструирования надежного и валидного теста. При составлении вопросов или утверждений опросников необходимо следовать таким основным правилам:

1. Принимать все возможные меры к тому, чтобы испытуемый не мог проникнуть в суть того, что изучается при помощи предлагаемых ему заданий. В случае возникновения определенного представления об исследуемой с помощью методики черте (качестве) испытуемый склонен скорее отражать свое собственное отношение к данной психической особенности, а не ее реальную представленность. Согласно Д. Гилфорду (1959), следует стремиться оценивать те психологические особенности испытуемого, о которых он не знает, задавая ему вопросы о том, что он знает хорошо.

2. Формулировать понятные и недвусмысленные вопросы.

3. Составлять задания, которые отражают конкретные, а не общие аспекты изучаемой области поведения. Так, например, задание «Нравится ли вам спорт?» – является слишком общим: термин «спорт» в данном случае неопределенный, как и понятие «нравиться». Более конкретной формулировкой будет: «Вы играете регулярно в какую-либо спортивную игру?», «Вы занимаетесь оздоровительными тренировками?» или «Вы регулярно следите за игрой вашей любимой команды?». На такие вопросы ответы вряд ли будут фальсифицированы; следует ожидать, что поведение относительно их не изменится за относительно короткое время; испытуемые будут давать практически одинаковые ответы, когда бы их ни тестировали; таким образом, надежность опросника будет повышена.

4. В каждом отдельном задании задавать только один вопрос. Например, утверждение «Свободное время я люблю проводить за книгой или у телевизора» следует разделить на два независимых суждения.

5. Избегать слов, обозначающих частоту действий. Например, вопрос: «Часто ли вам снятся сны?» – лишен смысла. Предпочтительнее такая формулировка: «Снятся ли вам сны дважды в неделю или чаще?»

6. Избегать терминов, относящихся к различным чувствам (см. пример к правилу 3, слово «нравится» заменено на «играете»). Вместо выражения чувств

можно сформулировать задание в поведенческом аспекте («находите удовольствие», «предпочитаете», «наслаждаетесь» и т. д.).

7. Обеспечить при помощи инструкции или временного лимита выполнение требования давать первые приходящие на ум ответы. В том случае, когда испытуемый начинает задумываться, сомневаться, с особой силой могут проявляться установки, особенно стремление соответствовать социально одобряемому поведению.

При коррекции влияния установки на согласие (отрицание) может быть использована сбалансированная шкала; она не устраняет влияние установки, однако позволяет отделить лиц, у которых высокий (или низкий) результат связан с действием установки, от испытуемых с реально высоким или низким измеряемым показателем. Сложность конструирования сбалансированных шкал состоит в трудности подбора семантически взвешенных противоположных суждений (например, можно сравнить значения внешне симметрично противоположных высказываний: «Я люблю женщин» — «Я не люблю женщин»). Распространенным приемом контроля за установками на социально положительные ответы является применение дополнительных наборов заданий типа шкалы лжи (L) (см. MMPI) или других контрольных шкал. Другим приемом является использование опросника совместно с методиками, непосредственно нацеленными на диагностику выраженности установки к социально одобряемым ответам в определенной области поведения (см., например, шкалу социальной желательности Кроуна—Марлоу). Включение в материал опросника таких, подчас значительных по объему, дополнительных шкал менее удобно, чем проверка основного опросника на специальной выборке с целью установления корреляции его результата с данными шкал установок. Если связь результата проверяемого опросника и шкалы установки окажется большой, то, вероятно, в этом случае действует тенденция стимулирования социально одобряемых ответов (опросник перенасыщен формулировками, имеющими выраженную социально-положительную или отрицательную окрашенность). В тех случаях, когда необходимо исследовать качество, социальная окрашенность которого выражена явно, средством снижения влияния установки может стать реализация своеобразного «проективного» подхода; прямой вопрос о наличии определенных аспектов исследуемого качества можно заменить изучением отношения к определенным высказываниям. Например, при исследовании «жадности» можно использовать задания типа: «Можете ли вы полностью согласиться с поговоркой: бережливость лучше богатства?». Выявление подверженности психодиагностических методик влиянию различных У. н. о. всегда предусматривает проведение специальных пробных исследований с использованием отдельных выборок испытуемых; при этом желательно установление дифференцированного воздействия установок на различные контингенты испытуемых.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Фрайбургский личностный опросник (Freiburg Personality Inventory, FPI) — многофакторный личностный опросник для обследования взрослых. Разработка начата Й. Фаренбергом, Х. Зелгом и Р. Гампелом в 1963 г.; опубликован в 1970 г.; вторая и третья редакции изданы в 1973 и 1978 г. Опросник содержит высказывания, касающиеся способов поведения, эмоциональных состояний, ориентации, отношения к жизненным трудностям и т. п. Испытуемый отмечает, «согласен» ли он с данным высказыванием или «не согласен»».

Ф. л. о. используется в четырех формах (A, B, C, K). Общая форма (C) содержит 212 вопросов, обычно используется в случаях, когда нет ограничений во времени и есть уверенность в том, что большой объем заданий не вызовет снижения мотивации испытуемого на обследование. Достоинством этой формы является сравнительно большой объем утверждений по каждому из исследуемых факторов, способствующий повышению «валидности» и «факторно-аналитической надежности». Факторы, анализируемые Ф. л. о., следующие: 1) «Нервозность» — нервный, болезненный, с трудом находящий выход из затруднительных положений, чрезмерно озабочен собственными переживаниями; 2) «Спонтанная агрессивность» — импульсивный, неуживчивый, необдуманно реагирующий, депрессивный, робкий, неуверенный, грустный, испытывающий внутренние сомнения; 3) «Возбудимость» — нетерпимый, напряженный, чрезмерно

щепетильный, реактивный; 4) «Дружелюбие» – разговорчивый, общительный, предприимчивый; 5) «Умеренность» – спокойный, уверенный в себе, доверчивый, деятельный, доброжелательный, устойчивый; 6) «Реактивная агрессивность» – отстаивающий свое мнение, эгоцентричный, авторитарный, недоверчивый, доминантный; 7) «Сдержанность» – сниженная способность контакта, неуверенный, растерянный, стыдливый, рассеянный, склонный к волнению; 8) «Искренность» – самокритичный, открытый, признающий собственные недостатки и ошибки; 9) «Экстраверсия – интроверсия» – оцениваются общительность, уровень активности, поиск или избегание контактов с людьми; 10) «Эмоциональная лабильность – стабильность» – оцениваются эмоциональная устойчивость или неустойчивость, степень колебания настроения, возбудимости, напряженности, депрессивности, печали или оптимизма; 11) «Мужественность – женственность» – оценивается наличие типичной мужественности или женственности в характере, активность, уровень самомнения, находчивость. Шкала «Мужественность – женственность» аналогична тесту мужественности и женственности Термена и Майлза, состоит из тех же заданий, которые надежно различают психологические показатели мужчин и женщин.

Формы А и В Ф. л. о. альтернативны; каждая из них содержит 114 высказываний; используются в основном при необходимости повторного исследования, а также при групповой диагностике.

Четвертая форма Ф. л. о. (К) является сокращенной; она состоит из 76 утверждений.

Согласно данным авторов, все приведенные формы высоко коррелируют между собой. Имеются отдельные нормы для мужчин и женщин в разных возрастных группах (17–21, 22–35, 36–50 лет и старше 50 лет) для всех четырех версий опросника. Первичные оценки по каждому фактору переводятся в стэны. Полученные результаты переносятся на график, который наглядно демонстрирует представленность каждого фактора. Конструкция Ф. л. о. отличается продуманностью и тщательной поэтапной проверкой психометрических показателей. Задания отличаются высокой дискриминативностью, «внутренней согласованностью» по отдельным факторам. Результаты опросника характеризуются высокой надежностью. Изучение валидности проводилось путем сравнения с другими методиками, в частности личностным опросником Айзенка, MMPI, шестнадцатифакторным личностным опросником Р. Кэттела.

В западноевропейской психодиагностике Ф. л. о. относится к наиболее применяемым методикам. Опросник можно использовать в различных областях: клинической, консультативной, психологии труда – везде, где необходимо анализировать обобщенные личностные факторы.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Функционального состояния, свойств личности, эмоционально-волевой сферы, межличностных отношений нарушений диагностика (греч. diagnostikos – способный распознавать) – комплекс методик и процедур в патопсихологии для распознания исследуемых нарушений: «Уровень притязаний», «Самооценка», тематический апперцептивный тест (ТАТ), тест Роршаха, тест Люшера, тест Розенцвейга, MMPI, (Бодалев А.А., Столин В.В., 1987, 2000).

1. Методика «Уровень притязаний» разработана Ф. Хоппе; в патопсихологии была использована Б.В. Зейгарник и ее сотрудниками; применяется для изучения личностной сферы обследуемых. Методика достаточно трудоемка, при подготовке предъявляемого материала необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента (уровень образования, профессиональные интересы). Пациенту предъявляют задачи различной степени сложности. При проведении методики психолог должен обращать внимание на поведение пациента в ситуации успеха или неуспеха, которые он сам искусственно создает в случае необходимости. Тактика экспериментатора может изменяться в процессе эксперимента. Обычно здоровые испытуемые после правильного решения задачи переходят к выбору более трудной, т. е. успех создает уверенность в своих силах, происходит повышение самооценки, уровня притязания; в случае неуспеха возникает противоположная тенденция: появляется неуверенность, понижение самооценки, уровня притязаний, что приводит к выбору более легких задач. Для больных психопатией характерна эмоциональная неустойчивость, после успеха они могут выбрать самую трудную задачу, а после неуспеха – самую

легкую. У больных шизофренией трудно сформировать уровень притязаний, у них не возникает связи между получением успеха и неуспеха и выбором задач.

Выбор задач зависит и от отношения обследуемого к психологу.

2. Методика «Самооценка» предложена Т. Дембо, позднее использовалась С.Я. Рубинштейн. Обследование проводится в виде свободной беседы. Пациенту предъявляются 4 шкалы: здоровье, ум, характер, счастье, на которых он должен отметить «свое место». Анализируют не положение отметок на шкалах, а обсуждение этих отметок пациентом. При различных психических заболеваниях происходит изменение самооценки. Больные шизофренией чаще ставят свои отметки на концах шкалы (например, либо самый умный, либо самый глупый) в зависимости от своего состояния, обнаруживают снижение критичности. Особо важной для диагностики личности пациента является шкала «Счастье», которая позволяет выявить адекватность притязаний, оценку достоинств и недостатков, тенденции предъявлять претензии окружающим или обвинять себя. Для обследования детей существует другой набор шкал.

3. Тематический апперцептивный тест (ТАТ) – проективная методика исследования личности. Г. Мюррей и Х. Морган разработали методику в 1935 г. Применяется для выявления особенностей личности, которые проявляются в основном в ее отношениях (позиции личности, особенности межличностных отношений, способы действия, преобладающие тенденции). Стимульный материал состоит из 31 таблицы (30 черно-белых фотографий с изображением различных ситуаций и 1 белый лист – таблица 16). Основная особенность проективных методик – неопределенность стимульного материала. Процедура обследования состоит из двух сеансов; на каждой из встреч, продолжительностью 1 час, предлагают 10 картин, по каждой необходимо составить рассказ-историю (что предшествовало ситуации, что происходит в настоящий момент, чем завершится ситуация, описать мысли и чувства действующих лиц). Анализируют составленные рассказы по формальным и содержательным характеристикам.

Больные шизофренией (с нарушением эмоциональной сферы) описывают картинки формально, интерпретируя отдельные ее элементы; при изменении инструкции они обращали внимание на мимику, позы персонажей. У больных эпилепсией – обстоятельное, детальное описание картины, кроме этого им присущи морализирование, оценочные суждения персонажей. У депрессивных больных в рассказах часто преобладают тема суицида, самоунижение, общий сниженный фон настроения. ТАТ пригоден для обследования в клинике пограничных состояний. Интерпретировать полученные результаты нельзя в отсутствие анамнестических сведений о пациенте. Желательно использовать ТАТ в сочетании с другими методиками, например тестом Роршаха, ММИЛ, с помощью которых можно получить дополнительную информацию. ТАТ занимает очень много времени как при его проведении, так и при анализе результатов, поэтому пригоден для обследования больных не всех нозологий. Больные с органическими нарушениями быстро истощаются, им лучше предъявлять различные модификации ТАТ (сокращенный вариант).

4. Тест Роршаха – проективная методика исследования личности. Методика разработана Г. Роршахом в 1921 г., применяется для исследования психических свойств личности. Стимульным материалом является набор из 10 таблиц с черно- белыми и цветными симметричными изображениями (так называемые пятна Роршаха). При предъявлении таблицы пациента просят ответить на вопрос: «Что это такое и на что это похоже?»

Если в ответах преобладают детали, то можно говорить о сужении внимания, если в ответах чаще встречаются белые промежутки фигуры, то это свидетельствует о негативизме обследуемого. Если в ответах очень часто указывается форма – это является показателем импульсивности. Преобладание в ответах цвета – признак импульсивности, снижения контроля. О трудностях в межличностных контактах, замкнутости, аутизме свидетельствуют ответы, в которых преобладает категория «предметы». При работе с данным тестом необходимо иметь анамнестические сведения об обследуемом. Тест Роршаха применяется для обследования в клинике пограничных состояний в сочетании с другими методиками (ТАТ, ММИЛ), при обращении в семейные консультации по поводу нарушений отношений с супругами, детьми, родителями и т. д.

5. Тест Люшера – проективная методика исследования личности, разработана М. Люшером в 1948 г. Методика дает возможность судить об актуальном состоянии, о наличии тревоги, страха, стресса, конфликтов, психологических особенностях личности.

6. Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга – проективная методика исследования личности, межличностных отношений. Разработана на основе теории фрустрации С. Розенцвейгом в 1945 г. Методика сложна в интерпретации и требует специальной подготовки.

7. Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI) – первоначально предложен С. Хатуэем, Дж. Маккинли в 1940 г.; модифицировался разными авторами. Чаще используется вариант Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова – «Методика многостороннего исследования личности» (ММИЛ) и модифицированный тест Л.Н. Собчик «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (СМИЛ). В клинической практике используется опросник Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова, состоящий из 377 утверждений, на каждый из которых пациент должен дать ответ «согласен» – «не согласен». После обработки результатов строится профиль личности, который должен анализироваться как единое целое. Опросник состоит из 13 шкал: 3 оценочных и 10 основных диагностических шкал (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В.,1976).

Предварительно опросник был опробован на здоровых испытуемых и на больных разных нозологий. В результате были выделены клинические шкалы: 1-я шкала – ипохондрии (шкала «соматизация тревоги») – пациенты часто жалуются на самочувствие (нарушение соматических функций), очень медленно приспосабливаются к новой обстановке, медлительны, пассивны; 2-я шкала – депрессии (шкала «тревоги и депрессивные тенденции») – у пациентов преобладает пониженное настроение, неуверенность, пессимизм, пониженная самооценка, даже небольшая неудача приводит к отчаянию; 3-я шкала – истерии (шкала «вытеснения факторов, вызывающих тревогу») – для пациентов характерно повышенное стремление подчеркивать тяжесть своих заболеваний, стремление быть в центре внимания, частое использование заболевания для избегания ответственности и разрешения сложных ситуаций; 4-я шкала – психопатии (шкала «реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении») – для пациентов с высокими значениями по этой шкале характерны агрессивность, конфликтность, обидчивость, возбудимость, социальная дезадаптация, склонность к асоциальному поведению; 5-я шкала – мужественности-женственности (шкала «выраженность мужских и женских черт характера»); данная шкала адаптировалась на здоровых испытуемых, чем выше значение по этой шкале, тем ярче выражены черты противоположного пола; 6-я шкала – параноийальности (шкала «ригидность аффекта») – пациенты имеют склонность к формированию сверхценных идей, они подозрительны, злопамятны, обидчивы, педантичны, конфликтны, очень часто обвиняют окружающих в недружелюбии, переоценивают свои успехи; 7-я шкала – психастении (шкала «фиксация тревоги и ограничительное поведение») – пациенты испытывают состояние тревоги, не уверены в себе, мнительны, нерешительны, боязливы, испытывают постоянные сомнения; 8-я шкала – шизоидности (шкала «аутизации») – для пациентов характерны своеобразие интересов, переживаний, нарушение мышления (спутанность, расплывчатость), отрыв от реальности, отчужденность в межличностных контактах, эмоциональная холодность; 9-я шкала – гипомании (шкала «отрицание тревоги, гипоманиакальные тенденции») – пациенты с высокими значениями очень активны, жизнерадостны, энергичны, беспечны, склонны к риску, у них снижен контроль над поведенческими реакциями, повышенное настроение, завышенная самооценка; 10-я шкала – социальной интроверсии (шкала «социальные контакты») – данная шкала была адаптирована на здоровых испытуемых; если преобладают высокие значения по этой шкале, то можно утверждать, что характерными чертами являются замкнутость, отчужденность, преобладание поверхностных контактов, интровертированность, если низкие значения, то можно говорить о противоположной тенденции, т. е. преобладают такие черты, как общительность, контактность, экстравертированность.

Данная методика пригодна для обследования пациентов со средним уровнем образования, не может предъявляться больным в состоянии обострения заболевания, быстро истощаемым больным.

Интерпретация результатов требует достаточно высокой квалификации.

▸ Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / Под. ред. А.А. Бодалева, И.М. Карлинской, С.Р. Пантелеева, В.В. Столина. М., 1988

И.М. Карлинская, И.Б. Ханина

Функциональный анализ — процедура анализа контекста поведения и функций поведения в этом контексте. Выявляет условия, которые вызывают определенное поведение, и поддерживающие его последствия.

▸ Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 1998

Н.Д. Творогова

Хекхаузена тематической апперцепции тест (Heckhausen Thematic Apperception Test) — проективная методика исследования личности. Первоначальный вариант теста был разработан в конце 1940-х гг. Д. Макклелландом и его коллегами на основе теста тематической апперцепции Х. Морган и Г. Мюррея. Направлен на оценку мотивационного аспекта личности.

Исследование мотивации на основе проективной техники в этом тесте строилось на предположении об управляемости воображаемого поведения теми же принципами, которые регулируют и реальное поведение. Стимульный материал методики включал четыре картины из стандартного набора ТАТ; в дальнейшем их количество было увеличено до шести. Картины последовательно предъявлялись испытуемому и по каждой из них требовалось составить рассказ. При составлении рассказа испытуемый отвечал на четыре вопроса, одинаковых для всех заданий; вопросы были напечатаны с равными промежутками на листе бумаги. Перед обследованием испытуемый предупреждался о том, что с помощью данного теста изучается фантазия и воображение. Испытуемый также предупреждался об ограничении времени обследования (20 с — рассматривание картины и 5 мин — ответ на предложенные вопросы). В целях систематизированной интерпретации материала Д. Макклелландом была разработана схема анализа содержания рассказа, при помощи которой выделялся направленный на достижение поведенческий процесс; этот процесс начинается с возникновения у индивида потребности достижения (nAch) определенной цели и сопровождается ожиданием успеха (0+) или неудачи (0–). Активность, направленная на достижение цели, также может быть успешной (И+) или неуспешной (И–). Оказываемая извне поддержка (Пд) усиливает активность, а имеющиеся в окружении препятствия (Пр2) могут ее блокировать. После успеха или неудачи возникают позитивные (С+) или негативные (С–) эмоциональные состояния. Наличие темы, связанной с перечисленными категориями, оценивалось при интерпретации результатов в 1 балл. Сумма баллов по всем рассказам рассматривалась как показатель соответствующей мотивации достижения. Вариант Д. Макклелланда не дифференцировал мотив достижения и мотив избегания неудачи.

Тест тематической апперцепции (ТАТ) в варианте Х. Хекхаузена (1963) разрабатывался специально для измерения указанных выше мотивационных тенденций (мотива достижения и мотива избегания неудачи). Основываясь на контент-анализе (nAch), Х. Хекхаузен разработал собственную схему интерпретации, в которой он оперирует «надеждой на успех» (НУ) и «боязнью неудачи» (БН). Оба диагностируемых фактора позволяют получить дополнительно два произвольных показателя: их сумма дает «общую мотивацию» (НУ + БН = СМ), а разность — «чистую надежду» (НУ – БН = НЧ).

В тестовом материале Х. т. а. т. содержится шесть оригинальных картин. Анализ содержания каждой истории начинается с выделения основной деятельности, вокруг которой разворачивается сюжет. Далее на основе представления о деятельности как процессе, разворачивающемся во времени, в рассказе выделяются следующие этапы: постановка цели; действия, направленные на ее реализацию; результат; оценка результата. В ходе дальнейшего анализа вычленяется мотивационно-эмоциональное содержание на основе соотнесения каждого предложения в рассказе на каждом из этапов деятельности с одной из альтернативных категорий, отражающих мотивационную направленность либо на успех, либо на избегание неудачи.

Приведенные модифицированные варианты ТАТ отличаются опорой на детально разработанную теоретическую концепцию мотивации. Достоинством Х. т. а. т. является возможность

количественной квантификации категорий мотивации, ранжирования показателей испытуемых, а также возможность нормативного оценивания результатов. Ключевые категории, используемые в обработке содержания, многократно проверялись с помощью внешнего критерия и перекрестной валидизации. В качестве независимого критерия использовалась динамика уровня притязаний. В СНГ известны исследования с Х. т. а. т. и его модификациями, осуществленные М.Ш. Магомед-Эминовым (1987, 1990), Б.Г. Ребзуевым (1993) и др. Валидизация структурированного варианта ТАТ для измерения мотива достижения проведена Ю.М. Орловым, для измерения мотива аффилиации — Ю.М. Орловым, Н.Д. Твороговой в 1975–1976 гг.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом тест (The Color-A-Person body dissatisfaction Test, CAPT) — невербальная методика, предназначенная для оценки уровня удовлетворенности (неудовлетворенности) своим телом. Опубликована О. Вулей и С. Роллом в 1991 г.

Стимульный материал теста состоит из двух изображений (фронтального и латерального) человеческого тела, мужского и женского, на листе бумаги размером 27,9 × 43,2 см. Размер рисунка женской фигуры — 36,8 см, мужской — 41,9 см. Испытуемому предлагают пять карандашей (голубой, зеленый, черный, желтый и красный) и просят раскрасить изображенную фигуру соответствующего пола. При этом красный карандаш используется в том случае, когда испытуемого крайне не удовлетворяет какая-либо часть (части) тела; окрашенные этим цветом части тела оцениваются в 5 баллов. Желтый цвет — часть тела не удовлетворяет (4 балла), черный — нейтральное отношение (3 балла), зеленый — удовлетворяет (2 балла), голубой — весьма удовлетворяет (1 балл).

С помощью теста определяются 3 показателя неудовлетворенности телом. Общий показатель — рассчитывается среднее значение для всех 16 частей тела. Также вычисляются два комбинированных показателя (CAPT Score1 и CAPT Score2); первый из них представляет собой среднее арифметическое оценок следующих частей тела: область живота, верхняя часть бедра, ягодицы, нижняя часть бедра; второй включает остальные части тела за исключением генитальной области, т. е. волосы, лицо, ступни, голени, кисти рук, предплечье, плечо, плечевой пояс, грудь (грудная клетка) и верхняя часть живота.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Цель в жизни» тест (Purpose in life Test, PIL) — опросник личностный; состоит из 20 шкал; каждая является утверждением с раздваивающимся окончанием; два противоположных варианта окончания задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны семь градаций предпочтения. Например: «обычно я не знаю, чем заняться» (1, 2, 3) — «ни то, ни другое» (4) — «полон энтузиазма» (5, 6, 7). Испытуемому предлагается выбрать наиболее подходящую для него градацию. Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений каждой из шкал и переводу сырой оценки в процентили. На бланке обследования восходящая последовательность градаций чередуется с нисходящей, причем максимальный балл (7) всегда соответствует полюсу наличия «цели в жизни», а минимальный (1) — полюсу ее отсутствия.

Наряду с описанной выше формализованной частью А опросник «Ц. в ж.» содержит также части В и С. Часть В состоит из 13 неоконченных предложений, касающихся темы смысла и бессмысленности жизни; в части С испытуемым предлагается кратко изложить его цели и устремления, рассказать, насколько успешно они реализуются. Дж. Крамбо и Л. Махолик (1981) подчеркивают, что части В и С обычно нет необходимости использовать, однако они весьма полезны для индивидуального обследования в клинике.

Первый вариант теста разработан Дж. Крамбо и Л. Махоликом в 1964 г. (последнее издание руководства — 1991 г.). Теоретической основой «Ц. в ж.» т. послужила концепция «стремления к смыслу» В. Франкла. Опросник преследовал цель эмпирического подтверждения ряда представлений этой теории, в частности предположений о существовании «экзистенциального вакуума» и «ноогенных неврозов» (ноогенные неврозы возникают из угрызений совести, ценностных конфликтов, экзистенциальной фрустрации). Суть этих представлений заключается в том, что неудача человека в поиске смысла

своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающее из нее ощущение утраты смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особого рода психических заболеваний – ноогенных неврозов, отличных от ранее известных неврозов. Переживание индивидуумом онтологической значимости жизни, т. е. степень экзистенциального вакуума, и является, по мнению Дж. Крамбо и Л. Махолика (1964), основным объектом диагностики.

Данные о валидности основываются на сравнительных исследованиях смысложизненных ориентаций у различных контингентов испытуемых (от «высоко целеустремленных» аспирантов до клиентов психологической консультации и госпитализированных алкоголиков). Уровни показателей обследованных критериальных групп соответствовали теоретически ожидаемым (Дж. Крамбо, Л. Махолик, 1964). Опросник «Ц. в ж.» устойчиво дифференцировал средние показатели в различных клинических группах (невротики – со смешанными диагнозами, алкоголики, больные шизофренией и др.). Сведения о конструктной валидности содержат разнообразные данные о связи «Ц. в ж.» т. с другими опросниками; значимой оказалась связь со шкалой социальной желательности Кроуна–Марлоу. При сравнении данных с результатами MMPI единственной воспроизводимой во многих исследованиях связью оказалась отрицательная корреляция со шкалой депрессии. Значимой (как отрицательной, так и положительной) оказалась связь «Ц. в ж.» т. со вторичными факторами шестнадцатифакторного личностного опросника Р. Кэттела. Имеются данные по факторной структуре опросника «Ц. в ж.» т.; так, Д. Чаком, Е. Хонгом, М. Чангом (1987) выделены следующие пять факторов, или субшкал, опросника: 1) «Качество жизни» (общая оценка удовлетворенности субъекта своей жизнью); 2) «Смысл бытия» (наличие в жизни смысла и целей и уверенность в возможности их найти); 3) «Преграды бытия» (отношение к смерти и к личностному выбору); 4) «Ответы на вопросы бытия» (возможность нахождения решения экзистенциальных проблем, отсутствие страха и смущения перед ними); 5) «Будущая жизнь и ответственность» (отношение к уходу на пенсию и самооценка личной ответственности).

Как дополнение к «Ц. в ж.» т. Дж. Крамбо в 1977 г. была разработана шкала поиска смысложизненных целей (Seeking of Noetic Gials Test, SONG). По замыслу автора, методика должна измерять силу мотивационной тенденции к поиску смысла жизни. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых в первом лице описывает определенное действие, переживание или состояние. Испытуемому предлагается оценить, насколько это действие, состояние или переживание характерно для него, и отметить один из семи квантификаторов – от «никогда» (1 балл) до «постоянно» (7 баллов). Сырой тестовый балл представляет собой сумму индексов квантификаторов. Автором собраны данные о различиях в мотивации к поиску смысложизненных целей у психически здоровых и пациентов клиник (Крамбо Дж., 1977).

Имеется ряд русскоязычных версий «Ц. в ж.» т. Адаптация на русском языке впервые выполнена К. Муздыбаевым (1981). Известна и другая версия осмысленности жизни (ОЖ), в которой версия К. Муздыбаева была взята за основу Д.А. Леонтьевым (1986); она была видоизменена, упрощен ряд формулировок, изменена форма пунктов опросника. С целью уменьшения «прозрачности» методики для испытуемого асимметричная ранговая шкала была заменена симметричной. Примеры утверждений адаптированной версии:

1. Обычно мне очень скучно – 3 2 1 0 1 2 3 – Обычно я полон энергии.

7. Моя жизнь сложилась так, как я мечтал – 3 2 1 0 1 2 3 – Сложилась не так, как я мечтал.

13. Я человек очень обязательный – 3 2 1 0 1 2 3 – Я человек совсем необязательный.

Надежность шкалы ОЖ исследовалась с привлечением модели ретестовой надежности (интервал 2 недели, устойчивость результатов на уровне $p < 0,05$). Имеются сведения о валидности критериальной, полученные путем сопоставления данных здоровых лиц и различных контингентов испытуемых с психическими отклонениями. Валидность конструктная выявлена путем сопоставления ОЖ и опросника «Уровня субъективного контроля» (УСК), шкал Э. Шострома, опросника 16PF. При проведении эмпирического исследования выделен ряд факторов, оказывающих влияние на результат обследования; это позволило преобразовать шкалу ОЖ в смысложизненных ориентаций шкалу (СЖО) (Леонтьев Д.А., 1992), включающую, наряду с общим показателем осмысленности жизни, ряд субшкал, отражающих три конкретные смысложизненные ориентации и два аспекта локуса контроля. В СЖО включены следующие субшкалы:

1) цели в жизни (наличие или отсутствие комплекса целей на будущее);

2) процесс жизни (интерес, эмоциональность, насыщенность жизни);

3) результативность жизни (удовлетворенность самореализацией);

4) «локус контроля — Я» (уровень представлений о себе как о сильной личности);

5) «локус контроля — жизнь» (управляемость контроля над жизнью или фаталистические установки).

Шкала СЖО стандартизирована на выборке из 20 человек в возрасте 18–29 лет. Валидность конструктная устанавливалась путем сопоставления с опросниками УСК и тестом самоактуализации — САТ (Гозман Л., Кроз М., 1987). Благодаря компактности и высокой информативности шкала СЖО может найти применение в консультативной и клинической практике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Чужие рисунки» — проективная методика исследования личности; разработана Г.Е. Романовой и опубликована в 1993 г.; предназначена для обследования лиц в возрасте от 5 до 80 лет.

Стимульный материал «Ч. р.» — черно-белые фотокопии (18 × 24) непрофессионально выполненных рисунков, которые предлагаются испытуемому под видом «семейного альбома», собранного неким лицом в течение всей его жизни. Рисунки подобраны с опорой на возрастные особенности так называемого наивного рисунка на базе оригинальной изопродукции по результатам пилотажного исследования. Затем эксперты оценивали эти рисунки по следующим критериям: 1) вероятный проективный потенциал изображения; 2) опознаваемость изопродукции как реальной, соответствующей приписываемому возрасту; 3) вероятность тематического соответствия изображения значимым переживаниям соответствующего возраста; 4) частота присвоения данного изображения совокупно с другими одному и тому же автору; 5) общая композиция стимульного ряда.

Всего предлагается семь готовых рисунков и два монотонно окрашенных листа, не имеющих изображений («белый» и «черный»). Содержательно рисунки соответствуют определенному возрасту «исполнителя» и имеют диагностическую направленность:

1. Два «головоногих» существа. 2,5 года. «Первые воспоминания».

2. Рисунок семьи. 5 лет. «Детство», «праздник», «отношения с родителями», «отношения со сверстниками».

3. Бытовая сцена, фигуры детей, взрослых. 7 лет. «Школа», «отношения с авторитетом», «отношения со сверстниками».

4. Портрет подростка с бритой головой. 14 лет. «Созревание», «внешность», «познание внутреннего мира», «значимые отношения».

5. Женский портрет (подобный графике Пикассо или Матисса). 16 лет. «Взросление», «внешность», «познание внутреннего мира», «значимые отношения».

6. Два профиля, набросок. 22 года. «Значимые отношения», «отношения полов», «брак», «конфликт», «сомнение», «познание внутреннего мира».

7б. Белая. Воображаемый рисунок. Возраст и любые подробности об авторе на усмотрение обследуемого.

7ч. Черная. Аналогично 7б. Рисунки 7б и 7ч занимают онтогенетическую нишу взрослого человека.

8. Надгробие, набросок. 75 лет. «Итог жизненного пути», «потеря близких», «страх смерти», «мистика и оккультизм».

Испытуемому предлагается реконструировать предполагаемую ситуацию создания рисунка от имени анонимного «автора» и составить рассказ по картине в виде биографической ремарки устно или письменно. Возможна вариация процедуры обследования в зависимости от его целей. В структуре процедуры обследования с помощью «Ч. р.» выделяется содержательно-диагностический блок (интерпретация) и поведенческий блок; последний включает различные спонтанно возникающие и поддерживаемые экспериментатором формы «отреагирования» на возникающие в ходе обследования ситуации.

Предусмотрены специальные варианты процедуры с привлечением дополнительных методических средств. К ним относятся: 1) «Автор» — углубленная проработка образа «автора» рисунков как самостоятельная проективная процедура, например описание личности «автора» с помощью стандартных личностных опросников; 2) «Настроение» — уточнение коннотативного значения для

обследуемого экспериментальной ситуации и отдельных ее параметров, например описание настроения «автора» с помощью теста Люшера; 3) «Мои рисунки» — прямая инструкция представить себя рисовальщиком, рассказать о рисунках как о своих, реконструировать ситуации, в которых они могли быть созданы; 4) «Пасьянс» — построение условной модели человеческой жизни (например, жизни «автора») с помощью уменьшенных копий (7 × 10) стимульного материала, раскладываемых испытуемым в произвольных комбинациях с последующим рассказом-комментарием.

«Ч. р.» создавались по подобию известных проективных техник (тест Ф. Гудинаф «Нарисуй человека», «Рисунок несуществующего животного», «Тематический апперцептивный тест»). Согласно концепции автора методики «Ч. р.», фантазирование на темы из жизни анонимного автора рисунков, а также «неумелость», нечеткость графики наивного рисунка актуализирует реакции отношения, оценочные суждения. Это способствует возникновению эффекта психологической защищенности у обследуемого и делает его поведение более спонтанным, а диагностическую процедуру — открытой диалоговому взаимодействию.

При разработке интерпретационных схем рекомендуется выстраивать несколько линий анализа, имеющих автономную диагностическую ценность: близость рассказа собственному опыту, собственным переживаниям испытуемого; адекватность сюжета условно приписанному возрасту «автора» картинки; соответствие действующих персонажей изображенным на рисунке; степень их действительного пересечения, реальности взаимодействия в едином жизненном пространстве; преемственность в развитии сюжетов и персонажей от картинки к картинке и т. д.

Допускается групповое обследование с помощью слайдов. С помощью «Ч. р.» обследовано 254 человека (студенты, представители разных профессий, пациенты психиатрических клиник) в возрасте от 5 до 80 лет. Отмечается отсутствие каких-либо серьезных ограничений в применении и легкость идентификации рисунков как «своих». Процедура обследования провоцирует эмоциональную включенность обследуемых, возникновение катарсического эффекта. Автор считает, что методика «Ч. р.» позволяет очертить круг значимых переживаний личности, составить представление об особенностях мотивационно-потребностной сферы, психологическом возрасте и поле обследуемого, выявить предположительные зоны конфликта и психологического комфорта. Данные о валидности и надежности не сообщаются. «Ч. р.» рекомендуются к применению в клинической и консультативной практике.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Шестнадцать личностных факторов» опросник (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16 PF) — опросник личностный; впервые опубликован Р. Кэттелом в 1950 г.; последнее переработанное руководство «Ш. л. ф.» о. вышло в 1970 г. (Кэттел Р. и соавт.). Предназначен для измерения 16 факторов личности и является реализацией подхода к ее исследованию на основе черт.

Разработаны две основные равнозначные формы «Ш. л. ф.» о. (A и B) — по 187 вопросов в каждой (для обследования взрослых людей с образованием не ниже 8–9 классов). Обследуемому предлагают заполнить в регистрационный бланк, выбирая один из вариантов ответа на вопрос: «да», «нет», «не знаю» (или «a», «b», «c»); при этом он предупреждается, что ответов «не знаю» должно быть как можно меньше. Полученные результаты выражаются в шкале стэнов с минимальным значением в 0 баллов, максимальным — 10 и средним — 5,5 балла. По результатам строится «профиль личности», при интерпретации которого руководствуются степенью выраженности каждого фактора, особенностями их взаимодействия, а также нормативными данными. При разработке «Ш. л. ф.» о. Р. Кэттел опирался на L-данные (life record data), полученные путем регистрации реального поведения человека в реальной жизни. Выделенные Г. Олпортом и Х. Олдбергом 4,5 тыс. слов, ясно обозначающих черты личности и особенности поведения (на базе словаря из 18 тыс. слов), Р. Кэттел разбил на синонимические группы и отобрал в каждой из них по одному слову, выражающему основное смысловое содержание соответствующей группы. Это позволило сократить список личностных черт до 171; затем каждая из этих характеристик личности оценивалась экспертами с целью выбора наиболее значимых. Взаимная корреляция экспертных оценок позволила выделить 36 корреляционных плеяд, внутри которых

расположились высококоррелирующие характеристики. Все плеяды содержали пары членов, противоположные по смысловому содержанию, например: веселый — печальный, разговорчивый — молчаливый и т. д. Так был получен набор из 36 биполярных названий, который был расширен до 46 за счет специальных терминов, найденных в работах других исследователей. Для всех биполярных пар были составлены рабочие определения. Например: «Эмоциональный» — всегда аффектированный возбужденный, много смеется, часто бывает сердит, проявления эмоций отличаются чрезмерной выразительностью; «Стабильный» — эмоциональная выразительность отсутствует, диапазон эмоциональных проявлений мал, сохраняет спокойствие даже в эмоциогенных ситуациях.

В результате факторизации L-данных было получено от 12 до 15 факторов. В дальнейшем из-за трудностей экспертного оценивания Р. Кэттел перешел к Q-данным (questionnaire data), т. е. данным, полученным с помощью опросников. При этом сбор Q-данных координировался с имеющимися L-данными. Р. Кэттелом созданы разные модификации факторных моделей с различным числом входящих в них факторов, однако наиболее известной является 16-факторная модель — «Ш. л. ф.» о.

Факторы личности, диагностируемые «Ш. л. ф.» о., обозначаются буквами латинского алфавита, причем буква «Q» используется только для тех факторов, которые выделены на основе Q-данных. Факторы имеют бытовые и технические названия; первые представляют собой общедоступные определения, ориентированные на непрофессионалов; например, фактор А — «сердечность, доброта — обособленность, отчужденность». Технические названия предназначены для специалистов и тесно связаны с научно установленным зна-

Буквенные и цифровые индексы	Техническое и бытовое название факторов	
	Положительный полюс	Отрицательный полюс
A	Аффектотимия (сердечность, доброта)	Сизотимия (обособленность, отчужденность)
B	Высокий интеллект (умный)	Низкий интеллект (глупый)
C	Сила Я (эмоциональная устойчивость)	Слабость Я (эмоциональная неустойчивость)
E	Доминантность (настойчивость, напористость)	Конформность (покорность, зависимость)
F	Сургенсия (беспечность)	Десургения (озабоченность)
G	Сила Сверх-Я (высокая совестливость)	Слабость Сверх-Я (недобросовестность)
H	Пармия (смелость)	Тректия (робость)
I	Премсия (мягкосердечность, нежность)	Харрия (суровость, жестокость)
L	Протенсия (подозрительность)	Алаксия (доверчивость)
M	Аутия (мечтательность)	Праксерния (практичность)
N	Искусственность (проницательность, расчетливость)	Безыскусственность (наивность, простота)
O	Гипотимия (склонность к чувству вины)	Гипертимия (самоуверенность)
Q1	Радикализм (гибкость)	Консерватизм (ригидность)
Q2	Самодостаточность (самостоятельность)	Социабельность (зависимость от группы)
Q3	Контроль желаний (высокий самоконтроль поведения)	Импульсивность (низкий самоконтроль поведения)
Q4	Фрустрированность (напряженность)	Нефрустрированность (расслабленность)

чением фактора; например, тот же фактор A будет определяться как «аффектотимия – сизотимия». Как бытовые, так и технические названия факторов даются в биполярной форме, чем устраняется двусмысленность в определении их содержания. Ниже приводится полный перечень факторов, измеряемых «Ш. л. ф.» о.

Представленные факторы являются факторами первого порядка. Р. Кэттел неоднократно «извлекал» вторичные факторы из корреляций между первичными (в разных работах – от 4 до 8 вторичных факторов). Наиболее важными из них являются:

QI: «эксвия» (экстраверсия) – «инвия» (интроверсия);

QII: «тревожность» – «приспособляемость».

Эти факторы вычисляются сложением факторов первого порядка:

QI = A+, E+, F+, H+, Q2–;

QII = C–, H–, L+, 0+, Q3–, Q4+.

Предпринимались попытки получения факторов третьего порядка, однако практического значения результаты не имеют.

К недостаткам теоретического подхода Р. Кэттела относят выраженный эмпиризм, пренебрежение какими-либо исходными теоретическими положениями о содержании и количестве определяемых черт личности. Функциональные связи между переменными выражаются лишь в виде корреляций – меры линейной зависимости между переменными. Не удалось верифицировать и исходную гипотезу об идентичности структурных элементов в факторах, выделенных на основе L-данных, и тех, которые были выделены на основе Q-данных. Это позволяет сделать вывод, что Р. Кэттел принял факторный анализ за гораздо более эффективный инструмент познания личности, чем он фактически является.

Коэффициент надежности шкал-факторов «Ш. л. ф.» о., определенный путем расщепления, находится в пределах 0,71–0,91. Коэффициент надежности ретестовой через 2-недельный промежуток – 0,36–0,73. Автор также сообщает о достаточно высокой валидности опросника.

Р. Кэттелом и сотрудниками, помимо двух основных форм «Ш. л. ф.» о., были разработаны эквивалентные формы для обследования лиц с различным образовательным уровнем, а также для детей и подростков. Существует специальное «патологическое» дополнение к «Ш. л. ф.» о., которое состоит из 12 клинических факторов-шкал. Возможно групповое обследование.

Опросник нашел достаточно широкое распространение в отечественных психодиагностических исследованиях. Однако адаптация «Ш. л. ф.» о. не завершена, несмотря на проведенную проверку соответствия зарубежных и отечественных нормативных данных. Анализ воспроизводимости факторов опросника на отечественных выборках (Ю.М. Забродин с соавт., 1987) показывает, что нельзя считать гомогенными факторы A, C, I, L, M, N, Q1, Q2 (от одной четверти до одной трети вопросов отечественного варианта «Ш. л. ф.» о. не коррелируют значимо с соответствующим фактором). Это требует переформулирования вопросов (утверждений) или отказа от диагностических категорий Р. Кэттела.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Шкала измерения потребностно-мотивационного профиля референтности группы Ю.М. Орлова, Н.Д. Твороговой – определяет меру возможностей тех или иных групп в удовлетворении потребностей личности. Поскольку в социальной психологии значимость для личности группы конкретизируется в понятии «референтность», то в методике речь идет о потребностно-мотивационном профиле референтности. Психологическая структура референтности рассматривается в контексте тех потребностей, техника удовлетворения которых вплетена в характер межличностного взаимодействия, осуществляющегося в конкретной группе.

В эмпирических исследованиях возникает задача изучить общую структуру референтности групп, в которые включена личность. Значимость референтности конкретной группы выражается в ожиданиях удовлетворения в ней определенных потребностей субъекта. В референтном профиле, как правило, представлена не одна, а несколько потребностей, т. к. в группе человек удовлетворяет многие свои потребности. Для каждой группы характерна определенная иерархия потребностей, которые в ней удовлетворяются.

В результате предварительного исследования выделены три группы референтного отношения:

1) защита и безопасность (в основе этого отношения лежат такие потребности личности, как потребности в избегании неудачи, сохранения положения в группе, статуса, потребности в помощи, защите, снижении напряжения и тревоги и др.); 2) рост, развитие (в основе которого потребности в достижениях, повышении своего статуса, престижа, авторитета, потребности в самореализации, развитии своих способностей и др.); 3) гедонистические удовольствия (в основе которых удовлетворение преимущественно потребностей в хорошем самочувствии, настроении, любви, достижение других гедонистических ожиданий субъекта).

В связи с выделением трех видов референтных отношений их профиль по отношению к конкретной личности описывается как трехэлементный. Выделение трех групп референтных отношений не исключает выделения показателей, характеризующих потребностно-мотивационное значение референтного отношения внутри каждого из этих трех отношений; так, референтное отношение «роста» может быть связано с потребностью в достижениях, потребностью повышения формального статуса, потребностью в престиже, потребностью в доминировании и др.

При разработке методики составляется список групп, удобный для ответов респондентов. Поскольку методика отрабатывалась на студентах ММА им. И.М. Сеченова (351 человек, 22 учебные группы), то выделены были следующие группы: а) студенческая учебная группа, в которой учится респондент; б) другая студенческая группа данного вуза; в) формальная группа в своем институте (СНО, спортивная команда, ансамбль художественной самодеятельности и др.); г) группа вне института; д) родительская семья; е) родственники вне родительской семьи; ж) собственная семья; и) другая группа (ни одна из указанных выше групп). Каждой из этих групп студент ставил в соответствие показатели трех переменных (поскольку выделены три группы референтного отношения); каждый показатель принимает одно из трех значений (низкое, среднее, высокое значение). Например, своя учебная группа характеризуется конкретным студентом как дающая ему в ней низкую защищенность (низкое значение), как не способствующая получению радости (низкое значение), удовольствий, но как стимулирующая личностный рост (высокое значение).

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д.* Междисциплинарные исследования, инициированные академиком А.В. Петровским // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции «Социальная психология малых групп», посвященной памяти профессора А.В. Петровского. М., 2011; *Она же.* Новый подход к типологии студенческого социума // Психологическая служба вуза: принципы, опыт работы. М.: НИИВО, 1993

Н.Д. Творогова

Шкалы техники общения Н.Д. Твороговой — шкалы, используемые в результате применения вербальной методики, включающей экспертный метод (внешние оценки наблюдателей) и метод самооценки. Под термином «техника общения» (ТО) понимается набор действий и операций, используемых личностью для достижения субъективно значимой цели общения (Творогова Н.Д., 1976).

При рассмотрении ТО как средства общения (как операциональной составляющей, взаимосвязанной с мотивационной, целевой, когнитивной, эмоциональной составляющими коммуникативной деятельности личности) предложена не только методика количественной ее оценки (Творогова Н.Д., 1977), но и оценки ее уровня («низкий», «средний», «высокий») относительно специфики процесса общения (так, техника общения, характеризующаяся высоким уровнем в контексте аффилиативного общения личности, может в то же время не соответствовать этому уровню, будучи включенной в ее учебную деятельность, например, при сдаче преподавателю традиционного экзамена). Уровень ТО динамичен, в связи с чем актуальна диагностика ее уровня в каждый конкретный период времени.

Исследование по отработке шкал проведено среди студентов 1-го ММИ им. И.М. Сеченова. В нем приняли участие 305 человек (24 учебные группы II и IV курсов лечебного факультета), выбранных случайным образом. На основании релевантной научной литературы выделены показатели техники общения, которые для удобства разделены на 4 группы: 1) вербальные средства общения; 2) экспрессивные средства общения; 3) показатель эмпатии; 4) поведенческие навыки общения. Дальнейший выбор из общего числа именно 28 показате-

лей ТО обусловлен процедурой построения шкалы (вначале таких показателей было больше); различительная способность показателей ТО оценивалась эмпирически. Имеется два варианта методики.

Вариант А – структурированная интерпретация суждений экспертов (информантов) о членах своей группы (peer-ating – оценка знакомых). Использование этого метода устраняет следующие недостатки, свойственные отдельным экспертам: предубеждение, идиосинкразию, отсутствие знаний по какому-либо вопросу и пр. Для оценки ТО выбирались 3 человека, которые не менее двух лет находились в продолжительных контактах в естественной обстановке с обследуемыми (в нашем случае это были студенты учебной группы, в состав которой входили обследуемые). Каждый информант перед началом работы получил инструкцию, в которой описана процедура оценивания ТО, список обследуемых и бланки, каждый из которых заполняется на одного обследуемого и содержит набор элементов ТО и шкалы их оценки. Оценка 28 показателей ТО каждого обследуемого дается 3 информантами независимо. Наличие показателя-признака, характеризующего ТО, определяется большинством голосов трех наблюдателей. Индивидуальный балл подсчитывается методом суммирования наблюдаемых показателей-признаков измеряемой ТО.

Валидность (различительная способность) показателей оценивалась с помощью коэффициента четырехклеточной корреляции индивидуального балла ТО с данным ее показателем. Отбор показателей для окончательного варианта шкалы проводился на основе двух критериев: вероятности положительного значения показателя и его различительной способности. Элиминировались те показатели, вероятность которых была или ниже 0,20, или выше 0,80, а различительная способность меньше 0,24. Внешние критерии для оценки валидности отсутствуют. В результате отработки шкалы были уточнены критерии отбора информантов для шкалирования ТО (Творогова Н.Д., 1992).

Для того чтобы расширить сферу применения шкалы, пришлось установить правило, позволяющее различать высокую и низкую ТО на основе индивидуального балла и приписывать ему нормированный индивидуальный балл, отвечающий требованиям нормальности и симметричности распределения (таким образом построены трех- и пятибалльные шкалы измерения ТО).

Построены нормированные шкалы ТО для групп различного уровня развития (Творогова Н.Д., 2002).

Вариант Б – оценка уровня ТО с помощью самооценки. Вариант Б параллелен варианту А, результаты их применения легко сопоставимы друг с другом.

Каждому из 28 показателей ТО, в зависимости от результатов самооценки, сопоставляется балл по 3-балльной шкале (0,1, 2). Индивидуальный балл ТО (обобщенный) подсчитывается путем суммирования баллов по каждому показателю; он может изменяться от 0 до 56. Значение показателя надежности шкалы – 0,96. Показатели ТО, представленные в шкале самооценки ТО, характеризуются высокой различительной способностью. На основании распределения сырого индивидуального балла построена трехбалльная шкала самооценки уровня ТО.

При отработке вариантов А и Б определялась внутренняя валидность каждого показателя шкалы (внешние критерии для оценки валидности отсутствовали). Данные по конвергентной валидности вариантов А и Б: построение таблицы распределения ответов и рассмотрение четырехклеточной таблицы для каждого показателя шкалы ТО свидетельствуют, что по одним показателям оценки коррелируют, по другим – нет.

▸ Психология общения. Словарь. М., 2015; *Творогова Н.Д.* Методика техники общения // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика. М.: МГУ, 1992; *Она же*. Общение: диагностика и управление. М.: Смысл, 2002; *Она же*. Техника общения студента и его успешность на экзамене // Потребности и мотивы учебной деятельности студентов медвузов. М.: 1-й ММИ им. И.М. Сеченова, 1976; *Она же.* Экспериментальное изучение макроструктуры деятельности общения студентов: Автореф. дис. … канд. психол. наук. М., 1977

Н.Д. Творогова

Шмишека опросник (Schmieschek Fragebogen) – опросник личностный; предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению. Опубликован Г. Шмишеком в 1970 г.

Ш. о. состоит из 88 вопросов, на которые требуется ответить «да» или «нет». Разработан также со-

кращенный вариант опросника. С помощью Ш. о. определяются следующие 10 типов акцентуации личности:

1. Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению.

2. Педантичный тип. Лица этого типа отличаются повышенной ригидностью, инертностью психических процессов, неспособностью к вытеснению травмирующих переживаний.

3. «Застревающий» тип. Характерна чрезмерная стойкость аффекта.

4. Возбудимый тип. Повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями.

5. Гипертимический тип. Повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью.

6. Дистимический тип. Сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация теневых сторон жизни, заторможенность.

7. Тревожно-боязливый. Склонность к страхам, робость и пугливость.

8. Циклотимический тип. Смена гипертимических и дистимических фаз.

9. Аффективно-экзальтированный. Легкость перехода от состояния восторга к состоянию печали; восторг и печаль — основные сопутствующие этому типу состояния.

10. Эмотивный тип. Родственен аффективно-экзальтированному, но проявления не столь бурны; лица этого типа отличаются особой впечатлительностью и чувствительностью.

Теоретической основой Ш. о. является концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда. В соответствии с этой концепцией все черты личности могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты — стержень личности, они определяют ее развитие, процессы адаптации, психическое здоровье. При значительной выраженности основные черты характеризуют личность в целом. В случае воздействия неблагоприятных факторов они могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Личности, у которых основные черты ярко выражены, названы К. Леонгардом акцентуированными. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических; это случай «заострения» определенных, присущих каждому человеку особенностей. По К. Леонгарду, в акцентуированных личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд. К. Леонгардом выделенные выше 10 типов акцентуированных личностей достаточно произвольно разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный, эмотивный).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Этические нормы психолога-диагноста — комплекс норм и принципов, регламентирующих деятельность психолога-диагноста с целью обеспечения интересов обследуемого. Э. н. п.д.: а) включают наиболее общие правила обследования, предупреждающие неоправданное или некомпетентное использование методик психологической диагностики; б) объединены в кодекс профессиональной этики психолога, занимающегося диагностическими исследованиями.

Э. н. п.д. в известной мере воспроизводят общечеловеческие нормы морали (профессиональный долг, соблюдение прав человека, обязательства по отношению к обществу, гуманизм и т. д.). Наряду с этими требованиями предъявляется и ряд специфических, вытекающих из особенностей взаимодействия в системе «психолог — обследуемый». Психолог-диагност выступает в качестве эксперта личности обследуемого, его профессиональная деятельность нередко затрагивает наиболее интимные стороны жизни другого человека, содержание его сложных межличностных отношений, конфликтов, наконец, объектом изучения в ряде случаев являются болезненные проявления личности, отклонения в поведении, последствия тяжких психосоматических или психических заболеваний и пр. В таких достаточно типичных для работы психолога ситуациях значение норм профессиональной этики в психодиагностике сравнимо лишь с их значимостью в области медицинской деятельности.

Одним из важнейших требований профессиональной этики является предпочтение в любой ситуации интересов обследуемого. От психолога

требуются немалый такт и терпение, создание условий, в которых проявляется безусловное уважение личности испытуемого и невозможна психологическая травма.

На предупреждение некомпетентного использования тестов направлено и требование их ограниченного распространения. Широкое и бесконтрольное распространение тестов среди неспециалистов неизбежно приводит к их дискредитации, может нанести определенный ущерб личности того, по отношению к кому они используются. Распространение тестов во внепрофессиональной сфере крайне нежелательно и потому, что многие методики (например, тесты интеллекта, опросники личностные, проективные методики) частично или полностью теряют свою диагностическую ценность, валидность, если их содержание и измеряемые показатели известны испытуемым. Наконец, самотестирование (за исключением тестов, специально предназначенных для этого) может травмировать психику индивидуумов, относящихся к определенным типам личности.

Важнейшим этическим требованием является конфиденциальность результатов обследования. Испытуемый всегда должен быть осведомлен о целях проводимого обследования, объеме и характере информации, которая может быть сообщена заинтересованным в ней лицам и учреждениям.

Во многих странах национальными психологическими сообществами принят ряд нормативных документов, касающихся общих и специальных вопросов Э. н. п.д. Широко известны «Этические принципы проведения исследований с участием людей» (1973), разработанные Американской психологической ассоциацией. Значительный вклад в разработку принципов тестирования, в том числе этических норм психодиагностики, вносит Международная тестовая комиссия.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Я-концепции шкала Теннесси (Tennessee Self Concept Scale) — опросник личностный; разработан У. Фиттсом в 1965 г.; предназначен для исследования самооценки у подростков (начиная с 12-летнего возраста) и взрослых.

Методика состоит из 90 утверждений, характеризующих Я-концепцию, и 10 утверждений, образующих шкалу лжи. Испытуемый отвечает на задания опросника по 5-балльной шкале: от «полностью согласен» до «абсолютно не согласен». Утверждения отбирались с помощью экспертов — клинических психологов. Восемь диагностических показателей получают при сочетании трех переменных, представленных по строкам (1. — Самокритичность. 2. — Самоудовлетворенность. 3. — Поведение), и пяти показателей, представленных по столбцам (1. — «Физическое Я». 2. — «Моральное Я». 3. — «Личностное Я». 4. — «Семейное Я». 5. — «Социальное Я»). Дополнительно вычисляются два показателя: 1) «вариабельность» — мера согласованности восприятия себя в различных областях; 2) «распределение» — мера распределения субъектами своих ответов по 5-балльной шкале. Выбор преимущественно средних значений (низкий показатель распределения) свидетельствует об интенсивном включении защитных механизмов; выбор лишь крайних значений встречается у больных шизофренией.

Ретестовая надежность колеблется от 0,75 до 0,92 для разных шкал. Факторная структура опросника недостаточно ясна. Данные о валидности в основном получены при сравнении показателей пациентов психиатрических клиник, лиц с делинквентным поведением, больных алкоголизмом с показателями психически здоровых испытуемых. Результаты свидетельствуют о достаточной надежности и валидности методики.

Существует консультативная (упрощенная) форма опросника Як. ш. Т.; с ее помощью стремятся выявить особенности глобального самоотношения (самоудовлетворенности и специфических форм самоотношения к своему телу, к себе как к моральному субъекту, к себе как к члену семьи и т. д.).

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

«Я» социально-символические задания (The self social symbols Tasks) — проективная методика исследования личности; разработана Б. Лонгом, Р. Зиллером и Р. Хендерсоном в 1968 г. Направлена на измерение самоотношения и самоидентичности. Используется для обследования детей старше 3 лет и взрослых.

Испытуемому предлагаются следующие задания:

1. На листе бумаги предъявляется строка, состоящая из восьми кружков. Испытуемый должен выбрать кружок для себя и для людей из своего окружения.

2. На листе бумаги предъявляется кружок, означающий «Я», в окружении полукольца, состоящего из других кружков. Нужно выбрать кружок, означающий другого человека.

3. Предъявляется бланк с размещенными на нем в случайном порядке кружками, означающими других людей; внизу размещаются два кружка, штриховка одного из них совпадает со штриховкой остальных кружков. Необходимо указать, какой из двух кружков означает «Я».

4. Предъявляется лист бумаги с изображенным на нем треугольником, вершинами которого являются кружки, обозначающие других людей. Нужно разместить кружок, означающий «Я».

5. Предъявляются горизонтальные ряды кружков, левые крайние из которых обозначают конкретных людей. Необходимо выбрать кружок, обозначающий «Я», в каждом ряду.

6. Нарисовать в любом месте листа два кружка, обозначающих «Я» и другого.

7. Расположить кружок, означающий «Я», и кружок, означающий другого, внутри большого круга.

8. Предъявляются десять горизонтальных рядов геометрических фигур различной степени сложности; необходимо выбрать фигуру, обозначающую «Я».

Считается, что символические задания соответствуют различным аспектам Я-концепции. С их помощью диагностируются особенности самоценности (восприятие субъектом своей ценности в сравнении с другими), «силы» (положения относительно авторитетных фигур), «индивидуализации» (переживаемого сходства или отличия от других людей), социальной заинтересованности (восприятия себя частью группы или отдельным от них), идентификации (степени включения себя в «Мы»), эгоцентричности (восприятия себя фигурой или фоном), сложности (степени дифференцированности Я-концепции).

Физическая дистанция на листе бумаги между кружками, символизирующими «Я» и значимых других, интерпретируется как психологическая дистанция; позиция левее других — как переживаемая ценность «Я»; позиция выше — как переживаемая «сила» «Я»; внутри фигуры, составленной из кружков — «других», — как включенность и зависимость, вне — как независимость «Я».

Авторы методики привлекали для ее обоснования положения различных психологических теорий, что послужило причиной обвинений в эклектизме и неразвернутости собственного теоретического фундамента. Вероятно, «символические пробы» охватывают некоторые существенные аспекты строения Я-концепции. Так, «самоценность» и «сила» отражают, по-видимому, глобальное самоотношение, выражающееся посредством сравнения с другими. «Индивидуализация», «идентификация», «социальная заинтересованность» отражают так называемый присоединяющий аспект Я-концепции, связанный с принадлежностью человека к группе людей. Показатель «сложность» отражает так называемый дифференцирующий аспект Я-концепции, характеризующий переживание уникальности своей личности.

Имеются сведения об удовлетворительной ретестовой надежности методики «Я» с.с. з. (0,58–0,84 при исследовании подростков). В целом подтверждается конструктная валидность заданий на выявление самоценности: обычно дети располагают «лучших» детей слева, «плохих» — справа, родителей — слева и т. д.; психически больные левее себя ставят лечащий персонал и других больных. Показатели самоценности и «силы» оказались связанными с широким кругом переменных (социоэкономический уровень, школьные успехи, потребность в достижении и др.). Есть данные и о валидности других показателей, среди которых, однако, имеются и противоречивые. Данные о конвергентной валидности не совсем ясны: с рядом опросников по выявлению особенностей самоотношения получены незначимые корреляции; в то же время самоценность значимо коррелирует с показателями контрольных списков прилагательных, а «сила» — с показателями семантического дифференциала.

▸ Клиническая психология. Словарь. М., 2007

Л.Ф. Бурлачук

Алфавитный указатель статей по разделам

Раздел 1. Основные направления, теории, концепции клинической психологии и смежные с ней науки

Биоэтика (*М.Я. Яровинский*) 8
Глубинная психология (*В.И. Овчаренко*) 8
Гуманность и гуманитарность (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 9
Девиация. Концепции (*Е.Л. Григоренко*) 9
Деонтология (*И.И. Косарев*) 10
Дефектология (*Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина*) 11
Зависимости. Концепции (*Н.Д. Творогова, Р.А. Прокопишин*) 12
Кинезиология (психологический аспект) (*В.В. Пономарева*) 13
Классификация психических нарушений (в клинической психологии) (*Ю.П. Зинченко, Р.С. Шилко*) 13
Клиническая нейропсихология (*Е.Д. Хомская*) 15
Клиническая психология сексуальности (*Ю.П. Зинченко*) 16
Консультативная психология (*В.В. Столин*) 17
Культура (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 17
Медицина доказательная (*Ю.М. Хрусталев*) 17
Медицинская наука (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 18
Медицинская педагогика (*Н.Д. Творогова*) 19
Медицинская психология (*Н.Д. Творогова*) 21
Медицинские знания (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 22
Метапсихология (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 23
Научно-медицинская философия (*Ю.М. Хрусталев*) 23
Нейролингвистика (*Т.В. Ахутина*) 24
Нейропсихология (*Е.Д. Хомская*) 25
Неопсихоанализ (*В.И. Овчаренко*) 25
Неофрейдизм (*В.И. Овчаренко*) 26
Норма, здоровье и болезнь (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 26
Общение и речь в контексте теории деятельности (в социальной психологии и нейропсихологии) (*Л.С. Цветкова*) 26
Общественное здравоохранение (*К.В. Кулешова*) 29
Объектных отношений теория (объект-теория) (*М.М. Решетников*) 29
Олигофренопсихология (*А.В. Петровский*) 30
Патология (*Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская*) 30
Патопсихология (*Л.Ф. Бурлачук*) 31
Патофизиология нервной системы (*Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская*) 31
Перинатальная психология (*А.Н. Васина*) 33
Перинатология (*К.В. Кулешова*) 34
Превентология аддикций (*В.В. Аршинова*) 35
Принцип системности в научной медицине (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 36
Профилактика психологическая (*Н.Д. Творогова*) 37
Психоанализ (*В.И. Овчаренко*) 37
Психоанализ (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 38
Психоанализ гуманистический (*В.И. Овчаренко*) 42
Психоанализ массовых процессов (*М.М. Решетников*) 42
Психогенетика (*Т.М. Рожнова, А.Ю. Асанов*) 42
Психогигиена (*И.Е. Сироткина*) 44
Психодиагностика (*И.М. Карлинская, И.Б. Ханина*) 45
Психолог, оказывающий психологическую помощь (*Н.Д. Творогова*) 47

Психология здоровья (*Н.Д. Творогова*) 48
Психология телесности (*А.Ш. Тхостов*) 49
Психопрофилактика (*А.М. Эткинд*) 50
Психосексуального развития концепция (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 50
Психосоматика (*В.И. Овчаренко*) 50
Психосоматика (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 50
Психотерапия (*Л.А. Карпенко*) 52
Психотоксикология (*А.Л. Зюбан*) 54
Психофармакология (*А.Л. Зюбан*) 55
Реабилитология (*Н.Д. Творогова*) 55
Сексология (*И.С. Кон*) 56
Сексопатология (*Ю.П. Зинченко*) 56
Системные основы общения (в физиологии) (*К.В. Судаков*) 56
Социальная психиатрия (*М.В. Маркова*) 58
Специальная психология (*Е.Л. Гончарова, О.С. Никольская*) 59
Спортивная психология (*А.Е. Горовая*) 61
Статистическая концепция патологии (*Н.Д. Творогова*) 63
Субъект здоровья человека (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 63
Сурдопсихология (*А.В. Петровский*) 63
Телесно-ориентированная характерология (*А.В. Россохин*) 63
Теория в медицине (*Ю.М. Хрусталев*) 65
Теория системной динамической локализации высших психических функций (*Е.Д. Хомская*) 66
Терапия (в клинической психологии) (*Н.Д. Творогова*) 66
Тифлопсихология (*А.В. Петровский*) 67
Традиции и инновации в науке (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 67
Философия здоровья человека (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 68
Философия современной медицины (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 69
Философские категории и понятия в медицине (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 71
Характера психоаналитическая концепция (*М.М. Решетников*) 71
Целостный подход к человеку (в клинической психологии) (*Н.Д. Творогова*) 72
Цивилизация (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 73
Экологическая психология (экопсихология) (*В.И. Панов*) 74
Эпидемиология (психологический аспект) (*Н.Д. Творогова*) 78
Этика (*Н.Д. Творогова*) 78

Раздел 2. Психологические термины, понятия, эффекты, их естественно-научные основы и философские обобщения

Аборт психический (*К.В. Кулешова*) 80
Абстиненция алкогольная (*В.Я. Гиндикин*) 81
Абулия (*Е.Д. Хомская*) 82
Автоматическое письмо (*И.М. Кондаков*) 82
Аггравация (*Л.А. Карпенко*) 82
Агнозия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 82
Агнозия социальная (*И.М. Кондаков*) 83
Агорафобия (*Н.Д. Творогова*) 83
Аграфия (в нейропсихологии)(*Е.Д. Хомская*) 84
Агрессия враждебная (*Н.Д. Творогова*) 84
Акалькулия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 84
Акцентуации личности (*Е.Л. Григоренко*) 85
Алалия (*Е.Д. Хомская*) 85
Алекситимия (*И.М. Кондаков*) 86
Алексия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 86
Алкоголизм (*В.Я. Гиндикин*) 86
Алкогольная анозогнозия (*С.Н. Зайцев*) 89
Алкогольная деградация (*В.Я. Гиндикин*) 91
Алкогольные (металкогольные) психозы (*В.Я. Гиндикин*) 92
Амбивалентность (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 93
Аменция (*В.И. Овчаренко*) 93
Амимия (гипомимия) (*Е.Д. Хомская*) 94
Амнезия (*Е.Д. Хомская*) 94
Амок (*И.М. Кондаков*) 94
Амузия (*М.С. Старчеус*) 95

Анальгезия (*Н.Д. Творогова*) 95
Ананказмы (*Л.А. Карпенко*) 95
Анартрия (*И.М. Кондаков*) 95
Ангедония (*Н.Д. Творогова*) 95
Анима, анимус (*В.И. Овчаренко*) 96
Анозогнозия (*Н.Д. Творогова*) 96
Аномия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 96
Аноргазмия (*С.Т. Агарков*) 96
Апатия (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 97
Апраксия (*Е.Д. Хомская*) 97
Артефакт клиники (*И.М. Кондаков*) 98
Архетип (*А.А. Брудный*) 98
Астазия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 98
Астеническая юношеская несостоятельность (*В.Я. Гиндикин*) 99
Астения (*Л.А. Карпенко*) 99
Астереогноз (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 100
Аутизм (*Е.Н. Емельянов, Е.Л. Григоренко*) 100
Аутизм детский (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 101
Аутизм коллективный (*Е.Н. Емельянов, Л.А. Карпенко*) 102
Аутоэротизм, автоэротизм (*В.И. Овчаренко, А.В. Чалова*) 102
Афазия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 103
Аффект патологический (*Н.Д. Творогова*) 104
Ахроматическое зрение (*И.М. Кондаков*) 104
Бессознательное (бессознательное, психическое) (*В.И. Овчаренко*) 104
Бессознательное в обыденной жизни (*М.М. Решетников*) 106
Бессознательное коллективное (*В.И. Овчаренко*) 106
Бисексуальность. Бисексуальное предрасположение (*В.И. Овчаренко*) 107
Благо (в философии) (*В.Д. Жирнов*) 107
Благополучие (*Н.Д. Творогова*) 109
Благополучие социальное (*Н.Д. Творогова*) 110
Благополучие субъективное (*Н.Д. Творогова*) 111
Блоки мозга (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 112
Болезни психические (*В.М. Блейхер, И.В. Крук*) 112
Болезнь (*В.Д. Жирнов, Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская*) 113
Боль (в неврологии) (*А.М. Вейн, А.А. Корабельникова*) 115
Бред (*Л.А. Карпенко*) 116
Бродмана поля (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 116
Брока центр (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 117
Вагинизм (*С.Т. Агарков*) 117
Вампир (*И.М. Кондаков*) 117
Вербальная парафазия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 117
Вернике центр (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 118
Влечения (в психоанализе) (*М.М. Решетников, В.И. Овчаренко*) 118
Внутренняя картина беременности (*А.Н. Васина*) 118
Внутренняя картина болезни (*Н.Д. Творогова*) 119
Внутренняя картина здоровья (*Н.Д. Творогова*) 121
Внутренняя картина инвалидности (*Е.В. Морозова*) 122
Восприятия заболевания модель (*Н.Д. Творогова*) 123
Вторичное отклонение (*Н.Д. Творогова*) 123
Высшие психические функции (*Е.Д. Хомская*) 123
Вытеснение (*В.И. Овчаренко*) 125
Выученная беспомощность (*Н.Д. Творогова*) 125
Вязкость патологическая (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 125
Галлюцинации (*Н.Д. Творогова*) 126
Гендер (*Л.В. Попова*) 126
Гендерная идентичность (*Н.Д. Творогова*) 126
Гендерная роль (*Н.Д. Творогова*) 126
Гермафродитизм (у человека) (*Л.А. Карпенко*) 126
Гипермнезия (*Н.Д. Творогова*) 127
Гиперсексуальность (*С.Т. Агарков*) 127
Гипноза состояние (*В.Л. Райков*) 127
Гомеостаз (*Н.Д. Творогова*) 130
Гомосексуальность (гомосексуализм) (*И.С. Кон*) 130
Горе (*Н.Д. Творогова*) 131
Госпитализм (*В.И. Овчаренко*) 132
Графомания (*А.В. Петровский*) 132
«Двойная связь» (*И.М. Кондаков*) 132
Дебильность (*Н.Д. Творогова*) 133
Девиантное поведение (в клинической психологии) (*В.Д. Менделевич*) 133
Дезадаптация сексуальная (*С.Т. Агарков*) 134
Деиндивидуация (*Н.Д. Творогова*) 134

Деменция (*Н.Д. Творогова*) 134
Деменция и олигофрения (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 135
Деперсонализация (*Н.Д. Творогова*) 135
Депрессия (*Ю.Г. Тюльпин*) 135
Депривация (клинический аспект) (*Н.Д. Творогова*) 136
Дереализация (*Н.Д. Творогова*) 136
Деструкция, деструктивность (*В.И. Овчаренко*) 137
Дизартрия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 138
Диморфизм половой (в клинической психологии) (*С.Т. Агарков*) 138
Дисбаланс деятельности и созерцания (*Г.В. Акопов*) 139
Дискалькулия (*Е.Л. Григоренко*) 139
Дисморфофобия (*В.Я. Гиндикин*) 141
Диспареуния (*А.В. Чалова*) 142
Диссимуляция (*О.Б. Борисовская*) 143
Диссоциативное расстройство личности (*Н.Д. Творогова*) 143
Диссоциация (*Н.Д. Творогова*) 143
Дисфория (*Н.Д. Творогова*) 143
Донжуанизм (*И.М. Кондаков*) 143
Достаточно хорошая мать (*Н.Д. Творогова*) 143
Духовность (*Н.Д. Творогова*) 144
Духовность и здоровье (*И.А. Гундаров*) 146
Душа (*Н.Д. Творогова*) 147
Жаргонафазия (*Н.Д. Творогова*) 147
Зависимое поведение (*В.Д. Менделевич*) 147
Заикание (*В.М. Шкловский*) 149
Замедление мышления (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 149
Замещение (*Н.Б. Березанская*) 150
Защита (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 150
Защитные механизмы (механизмы защиты) (*В.И. Овчаренко*) 150
Здоровая личность (*К.В. Кулешова*) 152
Здоровье (в медицине) (*А.Б. Салтыков*) 154
Здоровье (в философии) (*В.Д. Жирнов*) 155
Здоровье для всех (*Ю.Е. Абросимова*) 155
Здоровье индивидуальное (*Н.Д. Творогова*) 155
Здоровье населения (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 157
Здоровье общее (*Н.Д. Творогова*) 157
Здоровье общественное (*К.В. Кулешова*) 157
Здоровье психическое (*Н.Д. Творогова*) 159
Здоровье психическое в медицине и психологии (*А.А. Кукшина, Д.А. Верещагина*) 160
Здоровье психологическое (*И.В. Дубровина*) 162
Здоровье сексуальное (*С.Т. Агарков*) 164
Здоровья состояние (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 165
Здоровья ценность (*Т.Ю. Богачева*) 165
Зонда феномен (*А.С. Калашников*) 166
Идиотия (*Н.Д. Творогова*) 166
Измененные состояния сознания (*В.В. Кучеренко*, В.Ф. Петренко, *А.В. Россохин*) 167
Имбецильность (*Н.Д. Творогова*) 169
Импотенция (*Н.Д. Творогова*) 169
Инверсия (в психологии)(*В.И. Овчаренко*) 169
Интроекция (в психоанализе)(*В.И. Овчаренко*) 170
Инфантилизм (*Л.А. Карпенко*) 170
Инцест, инцестуозность (в психоанализе) (*В.И. Овчаренко*) 170
Ипохондрия (*О.Б. Борисовская*) 171
Истерическая конверсия (в психиатрии) (*В.Я. Гиндикин*) 171
Истерия (в психиатрии) (*Е.А. Корабельникова*) 172
Каталепсия (*Н.Д. Творогова*) 174
Кататония (*Н.Д. Творогова*) 174
Качество жизни (*Н.Д. Творогова*) 174
Качество жизни, связанное со здоровьем (*А.В. Котельникова, А.А. Кукшина*) 175
Клаустрофилия (*Н.Д. Творогова*) 176
Клаустрофобия (*Н.Д. Творогова*) 176
Когнитивные ошибки в общении (*С.А. Шевцов*) 176
Коммуникативные стили (*А.С. Калашников*) 176
Компетентность в вопросах здоровья (*Л.Е. Сырцова, Ю.Е. Абросимова*) 177
Комплекс (*В.И. Овчаренко*) 178
Комплекс бога (*В.И. Овчаренко*) 178
Комплекс Ионы (*В.И. Овчаренко*) 178
Комплекс кастрации (*В.И. Овчаренко*) 179
Комплекс мужественности (*В.И. Овчаренко*) 179
Комплекс неполноценности (малоценности, недостаточности) (*В.И. Овчаренко*) 179
Комплекс Поликрата (*В.И. Овчаренко*) 180
Комплекс превосходства (*А.В. Толстых*) 180
Комплекс Терсита (*В.И. Овчаренко*) 180
Комплекс Эдипа, эдипов комплекс (*В.И. Овчаренко*) 180
Комплекс Электры (*В.И. Овчаренко*) 181
Конституция половая (*А.В. Чалова*) 182
Контаминация (*Е.Д. Хомская*) 182

Контртрансфер (*Н.Д. Творогова*) 182
Конфабуляции (*Л.А. Карпенко*) 183
Конфликт внутриличностный (*Н.Д. Творогова*) 183
Копинг-стратегии (*Ю.П. Зинченко, Р.С. Шилко*) 183
Копинг-стратегии: классификация (*Ю.П. Зинченко, Р.С. Шилко*) 184
Копулятивный цикл (*А.В. Чалова*) 186
Кризис (*М.С. Радионова*) 187
Кризис идентичности (*Н.Д. Творогова*) 188
Кризис середины жизни (*Н.Д. Творогова*) 188
Леворукость (*Е.Д. Хомская*) 188
Либидо (в сексологии) (*В.И. Овчаренко, С.Т. Агарков*) 189
Литеральная парафазия (*Е.Д. Хомская*) 190
Личности типы А, Б и С (*К.В. Кулешова*) 190
Логоневроз (в неврологии) (*Е.А. Корабельникова*) 190
Локализация высших психических функций (*Е.Д. Хомская*) 192
Мазохизм (в сексологии) (*Н.Д. Творогова*) 193
Мания (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 194
Маскулинность и фемининность (*И.С. Кон*) 194
Мастурбация (*А.В. Чалова*) 195
М-зависимость (зависимость от медикаментов) (*В.А. Урываев*) 195
Межполушарная асимметрия и межполушарное взаимодействие (*Е.Д. Хомская*) 196
Мортидо (*В.И. Овчаренко*) 197
Мужчин и женщин психология (*Л.В. Попова*) 197
Мутизм (*В.Я. Гиндикин, Ю.Г. Тюльпин*) 197
Мышление символическое (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 198
Мышления ускорение (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 198
Навязчивые состояния (*Л.А. Карпенко, А.М. Эткинд*) 198
Наркомания (*Б.С. Братусь*) 199
Нарушения бодрствования (*Е.Д. Хомская*) 199
Нарушения внимания (*Е.Д. Хомская*) 199
Нарушения восприятия времени (*Е.Д. Хомская*) 200
Нарушения восприятия пространства (*Е.Д. Хомская*) 200
Нарушения движений глаз (*Е.Д. Хомская*) 200
Нарушения динамические психических функций (*Е.Д. Хомская*) 201
Нарушения мышления (*Е.Д. Хомская*) 201
Нарушения обратной связи в общении (*Т.И. Пашукова*) 202
Нарушения речи (*Т.А. Ахутина*) 204
Нарушения фантомные (*Л.Ф. Бурлачук*) 204
Нарушения эмоций (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 205
Нарушения эмоций (*Ю.П. Зинченко*) 205
Нарциссизм (*М.М. Решетников*) 206
Невроз (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 206
Неврозы клинические (*И.М. Кондаков, Л.А. Карпенко*) 206
Невротические механизмы, препятствующие личностному росту (*Н.Д. Творогова*) 207
Нервная анорексия (*В.Я. Гиндикин*) 208
Нервная булимия (*Н.Д. Творогова*) 209
Неспособность к обучению (*Е.Л. Григоренко*) 210
Нимфомания (*А.В. Чалова*) 210
Норма в медицине (*О.Ю. Введенская*) 211
Норма медицинская (*В.Д. Жирнов*) 211
Общения нарушения при органических поражениях коры головного мозга (*Л.С. Цветкова*) 212
Олигофазия (*В.Я. Гиндикин, Ю.Г. Тюльпин*) 213
Олигофрения (*Н.Д. Творогова*) 214
Оно (Ид) (*Л.А. Карпенко*) 214
Оргазм (*Н.Д. Творогова, В.М. Блейхер, И.В. Крук*) 214
Организм (в анатомии, биологии) (*Л.Е. Этинген*) 215
Ориентация на процесс (*Н.Д. Творогова*) 217
Отношение к здоровью (*В.З. Коган*) 217
Отношение к здоровью позитивное (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 217
Отчуждение (*В.И. Овчаренко*) 218
Ошибочные действия (в психоанализе) (*А.С. Калашников*) 218
Память модально-неспецифическая (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 218
Память модально-специфическая (*Е.Д. Хомская*) 218
Паническая атака (*Н.Д. Творогова*) 219
Паническое расстройство (*Е.А. Корабельникова*) 219
Паралогическое мышление (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 221
Парамимия (в психиатрии и неврологии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 221
Парафазия (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 221
Первичная оценка стресса (*Н.Д. Творогова*) 222

Перенесение, перенос (в психоанализе) (*В.И. Овчаренко*) 222
Персеверация (*Е.Д. Хомская*) 222
Поведение типа А (*Н.Д. Творогова*) 222
Поверхностная дислексия (*Н.Д. Творогова*) 223
Пограничные ситуации (*Н.Д. Творогова*) 223
Пограничные состояния (*Л.М. Эткинд*) 223
Подавление (*Н.Д. Творогова*) 223
Полиандрия (*Н.Д. Творогова*) 223
Полигамия (*Н.Д. Творогова*) 223
Полигиния (*Н.Д. Творогова*) 223
Половое насилие (*Г.Б. Дерягин*) 224
Половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста (*Г.Б. Дерягин*) 226
Половые нарушения (*С.Т. Агарков*) 228
Половые преступления (*Г.Б. Дерягин*) 228
Половые травмы (*В.И. Овчаренко*) 229
Помрачение сознания (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 229
Понуждение к действиям сексуального характера (ст. 133 УК РФ) (*Г.Б. Дерягин*) 229
Праксис (*Е.Д. Хомская*) 230
Предболезненные состояния (предполье) (*В.Я. Гиндикин, Н.С. Лейтес*) 230
Предболезнь (*А.Б. Салтыков*) 231
Представления о людях у детей с интеллектуальной недостаточностью (легкая степень умственной отсталости, дебильность) (*К.М. Романов*) 231
Преневротические состояния (*В.Я. Гиндикин*) 232
Преодоления избегающий стиль (*Н.Д. Творогова*) 233
Преодоления наступательный стиль (*Н.Д. Творогова*) 233
Препсихопатические состояния (*В.Я. Гиндикин*) 233
Принцип нирваны (*В.И. Овчаренко*) 234
Проекция (в психоанализе) (*Н.Д. Творогова*) 235
Промискуитет (*А.В. Чалова*) 235
Психалгия (*Н.Д. Творогова*) 235
Психастения (*Ю.Г. Тюльпин*) 235
Психический аппарат (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 236
Психовегетативный синдром (*Е.А. Корабельникова*) 236
Психогении (*Л.Ф. Бурлачук*) 239
Психоделические состояния (*В.А. Елисеев*) 239
Психозы (*М.М. Решетников, Ю.Г. Тюльпин*) 239
Психоорганический синдром (*В.Я. Гиндикин*) 240
Психопатические характеры (*Л.А. Карпенко*) 240
Психопатия (*Ю.Г. Тюльпин*) 241
Психопатия перверзная (парафилии) (*В.Я. Гиндикин*) 242
Психопатология подросткового возраста (*В.А. Гурьева*) 243
Психосенсорные (сенсорные) расстройства (*В.Я. Гиндикин*) 244
Психофизиология локальных поражений головного мозга (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 245
Развитие личности (аномальное) (*В.Я. Гиндикин*) 245
Развитие психосексуальное (*А.В. Чалова*) 247
Развратные действия (ст. 135 УК РФ) (*Г.Б. Дерягин*) 248
Разорванность (шизофазия) (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 249
Расстройства аффективные (*М.М. Решетников*) 250
Расстройства личности (*Ю.Г. Тюльпин*) 250
Расстройства памяти как мнестической деятельности (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 253
Расстройства памяти модально-неспецифические (*Е.Д. Хомская*) 253
Расстройства памяти модально-специфические (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 253
Расстройства психические соматогенные (*Н.Д. Творогова*) 254
Расстройства психические соматоформные (*В.Я. Гиндикин*) 254
Расстройства психосоматические (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 255
Расстройства психофизиологические (*Н.Д. Творогова*) 256
Расстройства сексуальные (в сексологии) (*С.Т. Агарков*) 256
Расстройства тревожные (*Н.Д. Творогова*) 256
Расстройства чувствительности и двигательной функции нервной системы (*Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская*) 257
Расстройство конверсионное (*Н.Д. Творогова*) 258
Расстройство личности пограничное (*М.М. Решетников*) 258
Расстройство обсессивно-компульсивное (*Н.Д. Творогова*) 258

Расстройство посттравматическое стрессовое (*В.М. Гарнов*) 259
Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (*С.А. Шевцов*) 260
Расстройство привязанностей в детском возрасте реактивное (*С.А. Шевцов*) 260
Расстройство приспособительных реакций (*В.М. Гарнов*) 261
Расширенная картография психики (*А.В. Россохин*) 262
Рационализация (*В.И. Овчаренко*) 263
Реактивные состояния (*Л.А. Карпенко*) 263
Реакция на чрезвычайную ситуацию (*Н.Д. Творогова*) 263
Реакция острая на стресс (*В.М. Гарнов*) 263
Регрессия поведения (*А.Б. Леонова*) 264
Резонерство (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 264
Ретроградная амнезия (*Н.Д. Творогова*) 264
Речевые стереотипии (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 265
Ригидность (*А.У. Хараш*) 265
Риска группа (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 265
Самость (*В.И. Овчаренко*) 265
Сверхценные идеи (*Л.Ф. Бурлачук*) 266
Сверх-Я (идеальное Я, Я-идеал, Superego) (*В.И. Овчаренко*) 266
Сгущение (*В.И. Овчаренко*) 266
Сезонные аффективные расстройства (*Н.Д. Творогова*) 267
Сексизм (*С.Т. Агарков, Л.В. Попова*) 267
Сексуальная абстиненция (*С.Т. Агарков*) 267
Сексуальная дисгармония (*А.В. Чалова*) 268
Сексуальная ориентация (*И.С. Кон*) 269
Сексуальная совместимость (*В.В. Кришталь*) 269
Сексуальная функция (в клинической психологии) (*Ю.П. Зинченко*) 269
Сексуальное насилие (*Н.Д. Творогова*) 270
Сексуальное поведение (*Л.И. Лычагина*) 270
Сексуальной приемлемости диапазон (*А.В. Чалова*) 271
Сексуальность полиморфная (*В.И. Овчаренко*) 271
Симуляция (*Л.Ф. Бурлачук*) 271
Синдром адаптационный (*В.С. Ротенберг*) 271
Синдром (в клинической психологии) (*Л.А. Карпенко*) 272
Синдром Геры (*И.М. Кондаков*) 272
Синдром гиперкинетический (*Ю.Г. Тюльпин*) 272
Синдром дефицита внимания и гиперактивности (*И.М. Кондаков*) 272
Синдром Диогена (*И.М. Кондаков*) 273
Синдром Ельпенора (*И.М. Кондаков*) 273
Синдром игнорирования (в нейропсихологии) (*Е.Д. Хомская*) 273
Синдром Ка-Цет (*И.М. Кондаков*) 274
Синдром корсаковский (*Е.Д. Хомская*) 274
Синдром культурно-определяемый (*Н.Д. Творогова*) 274
Синдром ложной памяти (в психологии сексуальности) (*Н.Д. Творогова*) 274
Синдром Мидаса (*И.М. Кондаков*) 275
Синдром пресуицидальный (*В.Я. Гиндикин*) 275
Синдром эйфорический (*Е.Д. Хомская*) 276
Синдром эмоционального выгорания (*Н.Д. Творогова*) 276
Синдромный анализ (*Е.Д. Хомская*) 277
Синдромы нейропсихологические (*Е.Д. Хомская*) 277
Синтонность и регрессивная синтонность (*В.Я. Гиндикин*) 279
Склонность к самооправданию (*Н.Д. Творогова*) 280
Слабоумие (*Н.Д. Творогова*) 280
Смещение (*В.И. Овчаренко*) 280
Сновидение (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 280
Сновидения (*Е.А. Корабельникова*) 281
Соборность (или собор) (в философии) (*В.Д. Жирнов*) 284
Созависимость (*Н.Д. Творогова*) 286
Сознания восстановление (*Н.Д. Творогова*) 287
Соматизация (*Н.Д. Творогова*) 287
Соматопатия (*В.Я. Гиндикин*) 287
Сомнамбулизм (снохождение) (*В.С. Ротенберг*) 288
Сомнения патологические (*Н.Д. Творогова*) 288
Сон (в неврологии) (*А.М. Вейн, Е.А. Корабельникова*) 288
Состояния функциональные (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 289
Социального интеллекта нарушения (*И.В. Плужников*) 290
Сплоченность команды спортивной (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 291
Стигматизация (*Н.Д. Творогова*) 291
Стигматы (*А.С. Калашников*) 292

Страхи, структурно-типологическая классификация (*Л.С. Акопян*) 292
Стресс (в физиологии) (*К.В. Судаков*) 293
Стрессовые состояния в экстремальных ситуациях (*Н.В. Третьяков*) 295
Сублимация, сублимирование (*В.И. Овчаренко*) 296
Суицид (самоубийство) (*О.И. Ефимова*) 297
Суицид (в психологии) (*Ю.П. Зинченко*) 298
Сценарий жизни (*Н.Д. Творогова*) 299
Танатос (Фанатос, Танат, Фанат) (*В.И. Овчаренко*) 299
Телесный панцирь (*А.В. Россохин*) 300
Тело (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 301
Тики (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 302
Травма психическая (*М.М. Решетников*) 302
Транс (*Л.Ф. Бурлачук*) 302
Транспозиция аффекта (*Н.Д. Творогова*) 302
Тревога (*А.М. Прихожан*) 302
Тревожного ряда явления (*А.М. Прихожан*) 303
Тревожность (*А.М. Прихожан*) 303
Тревожность (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 304
Трема (*В.Я. Гиндикин*) 305
Тропизмов система (*И.М. Кондаков*) 306
Трудности в общении в контексте психологии здоровья (*Н.Д. Творогова*) 306
Умственная отсталость (*Ю.Г. Тюльпин*) 307
Управляемость воспринимаемая (*Н.Д. Творогова*) 308
Фактор (в медицине) (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 308
Фактор нейропсихологический (*Е.Д. Хомская*) 309
Фактор риска (*В.И. Лебедев*) 309
Фобии (*В.Я. Гиндикин*) 310
Фобии социальные (социофобия) (*Ю.Г. Тюльпин*) 310
Фобия специфическая (*Н.Д. Творогова*) 311
Фригидность (*В.В. Кришталь*) 311
Фрустрация (*Н.В. Тарабрина*) 312
Фрустрация в процессе общения (*Н.Д. Творогова*) 312
Художественное творчество (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 313
Циклосомия (соматическая циклотимия) (*В.Я. Гиндикин*) 313
Чрезвычайных ситуаций поражающие факторы (*Н.В. Третьяков*) 313
Шизофрения (*Ю.Г. Тюльпин*) 314
Эйфория (*Л.А. Карпенко*) 315
Экзогенный, эндогенный (*Н.С. Лейтес*) 315
Экопсихологические взаимодействия (*В.И. Панов*) 315
Эмоции базальные (*Е.Д. Хомская*) 317
Эмоциональная лабильность (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 318
Эпидемии психические (*Н.Д. Творогова*) 318
Эректильная дисфункция (*А.В. Чалова*) 318
Эрогенные зоны (*А.В. Чалова*) 319
Эрос (*В.И. Овчаренко*) 319
Эффект Ромео и Джульетты (*Н.Д. Творогова*) 320
Эхолалия (*Е.Д. Хомская*) 320
Эхолалия (в психиатрии) (*Ю.Г. Тюльпин*) 320
Эхопраксия (*Е.Д. Хомская*) 321
Я, Эго (*В.И. Овчаренко*) 321
Я-концепция (*Н.Д. Творогова*) 321
Я-объекты (*Н.Д. Творогова*) 321
Ятрогения (*А.В. Петровский*) 322

Раздел 3. Профессиональная деятельность клинического психолога

3.1. Составляющие и условия профессиональной деятельности

Альянс терапевтический (альянс рабочий) (*А.Н. Коновалов*) 323
Аутентичность (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 324
Безусловно позитивное отношение (*Н.Д. Творогова*) 324
Диагноз (*Н.Д. Творогова*) 324
Диагностика (в клинической психологии) (*Л.Ф. Бурлачук, Н.Д. Творогова*) 324
Духовные стремления профессионала (*Н.Д. Творогова*) 325
Зависимость от психотерапевта (*Н.Д. Творогова*) 326
Заключение психодиагностическое (*Л.Ф. Бурлачук*) 326

Идентифицированный пациент (*Н.Д. Творогова*) 327
Имидж психолога (*Н.Д. Творогова*) 327
Информированного добровольного согласия принцип (*Н.Д. Творогова*) 329
Клиент (в клинической психологии) (*А.Г. Лидерс*) 330
Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (*Ф.С. Сафуанов*) 330
Конгруэнтность (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 331
Контакт психотерапевтический (*Н.Д. Творогова*) 331
Контрперенос (в психоанализе) (*М.М. Решетников*) 333
Котерапевт (в клинической психологии) (*Г.Л. Исурина*) 333
Научно-исследовательская работа в сфере здоровья (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 333
Общение психолога с клиентом (*К.В. Кулешова*) 335
Общения профессионального толерантность (*Н.Д. Творогова*) 335
Общественная функция клинического психолога (*Д.В. Кулешов*) 336
Подлинность (*Н.Д. Творогова*) 338
Позиция психотерапевта (*Н.Д. Творогова*) 338
Психического статуса оценка (*Н.Д. Творогова*) 338
Психодиагностика в спорте (*А.Е. Горовая*) 338
Психодиагностика медицинская (*Е.Д. Хомская*) 339
Психодиагностическое обследование (*Л.Ф. Бурлачук*) 340
Психологическая оценка (*Л.Ф. Бурлачук*) 341
Психологическая помощь (*Т.В. Снегирева*) 341
Психологическое консультирование (*Г.Л. Исурина*) 344
Психотерапевт (*Н.Д. Творогова*) 345
Психотерапевтическая цель (*Н.Д. Творогова*) 345
Психотерапевтический контракт (*Н.Д. Творогова*) 346
Самораскрытие психотерапевта перед клиентом (*Н.Д. Творогова*) 346
Скрининг (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 347
Сопротивление (*В.И. Овчаренко*) 347
Статистические «методы» обработки данных психологического исследования (обследования) в здравоохранении (*А.В. Котельникова, А.А. Кукшина*) 348
Стратегические «мишени» профессиональной деятельности клинического психолога при психологическом вмешательстве (*Н.Д. Творогова*) 349
Супервизия (*Г.Л. Исурина*) 351
Трансфер (*Н.Д. Творогова*) 351
Управление общением (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 352
«Целитель раненый» (*В.А. Урываев*) 352
Этические принципы работы клинического психолога в научно-исследовательской, педагогической и клинико-практической сферах деятельности (*В.И. Шелест*) 354
Эффективности психотерапии оценка (*Н.Д. Творогова*) 355

3.2. Психологическое вмешательство (виды, направления, технологии, методы, приемы, контекст, эффекты)

Аверсивная психотерапия (*И.М. Кондаков*) 356
Активный анализ (*И.М. Кондаков*) 357
Альфа-тренинг (*И.М. Кондаков*) 357
Антиаддиктивное профилактическое вмешательство (*В.В. Аршинова*) 357
Антиаддиктивные профилактические компетенции (*В.В. Аршинова*) 358
Антидепрессанты (*В.Я. Гиндикин*) 359
Антропоанализ (*В.И. Овчаренко*) 360
Аутогенная тренировка (*В.И. Овчаренко*) 360
Афродизиаки (*С.Т. Агарков*) 360
Балинтовская группа (*Г.Л. Исурина*) 361
Беатотерапия (*А.С. Спиваковская*) 362
Библиотерапия (*Н.Л. Карпова*) 362
Библиотерапия смысложизненных ориентаций (*Г.В. Акопов*) 363
Биологическая обратная связь (*Н.Д. Творогова*) 363
Биосинтез (*Е.Э. Газарова*) 363
Бихевиоральная терапия (*Н.Д. Творогова*) 364
Борьба со стрессом (*Н.Д. Творогова*) 364
Вайвэйшн (*А.В. Россохин*) 364

Вегетотерапевтические методики (*А.В. Россохин*) 365
Вербализация (в психотерапии) (*Г.Л. Исурина*) 366
Вербальные и невербальные методы групповой психотерапии (*Г.Л. Исурина*) 366
Взаимодействие «врач – медицинская сестра – пациент» (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 366
Визуализации методики (*Н.Д. Творогова*) 368
Внутренняя картина лечения у пациента (*В.А. Урываев*) 368
Внушение (*И.Г. Дубов*) 369
Воздействие психологическое (*Г.А. Ковалев*) 369
Восстановительное обучение (в клинике нервных болезней) (*Л.С. Цветкова*) 370
Восстановительное обучение (в нейропсихологии) (*Т.В. Ахутина*) 371
Восстановление высших психических функций (*Е.Д. Хомская*) 372
Выяснение (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 373
Гештальт-терапия (*Н.Д. Творогова*) 373
Гигиеническое воспитание и обучение (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 373
Гипноз «активный ступенчатый» (*И.М. Кондаков*) 374
Гипноз эриксоновский (*М.Р. Гинзбург*) 374
Глубинная психотерапия (*А.В. Россохин*) 375
Групповая психотерапия (*А.В. Петровский*) 375
Групповая телесно-ориентированная психотерапия (биоэнергетический метод) (*А.В. Россохин*) 376
Групповой психоанализ (*В.И. Овчаренко*) 377
Дерефлексия (*И.М. Кондаков*) 377
Десенсибилизация (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 378
Децентрирование (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 378
Директивное и недирективное поведение психотерапевта (*Н.Д. Творогова*) 378
Дистанционное психологическое консультирование (*С.А. Шевцов*) 379
Долгосрочная психотерапия (*Н.Д. Творогова*) 380
Заболеваемости предотвращенная доля (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 381
Здоровый образ жизни (*Н.Д. Творогова*) 381
Здоровый образ жизни (в философии) (*Ю.М. Хрусталев*) 382
Здоровьем управление на основе теории функциональных систем П.К. Анохина (*Д.А. Шаменков*) 382
Здоровья индекс (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 383
Здоровья мониторинг (*Ю.Е. Абросимова*) 383
Здоровья населения охрана (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 384
Здоровья охрана (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 384
Здоровья потерянного показатели (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 384
Здоровья продвижение (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 384
Здравоохранение (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 385
Здравоохранения информационное обеспечение (*Ю.Е. Абросимова*) 385
Здравоохранения/здоровья общественного школа (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 386
Здравоохранения политика (*Л.Е. Сырцова*, *В.А. Семикопенко*) 386
Имидж организации, оказывающей психологическую помощь (*Д.В. Кулешов*) 386
Индивидуальная психотерапия (*Н.Д. Творогова*) 388
Инсайт (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 388
Интерактивная психотерапия (*А.В. Россохин*) 388
Интерактивный диалог (*А.В. Россохин*) 389
Интервенция (в клинической психологии) (*Н.Д. Творогова*) 391
Интерпретация (в клинической психологии) (*Н.Д. Творогова*) 391
Искажение (*Н.Д. Творогова*) 391
Катарсис (*В.И. Овчаренко*) 391
Катарсический метод (*В.И. Овчаренко*) 392
Когнитивная психотерапия (*И.М. Кондаков*) 392
Когнитивная терапия (*С.А. Шевцов*) 393
Когнитивное реструктурирование (*Н.Д. Творогова*) 394
Коммуникационная психотерапия (*И.М. Кондаков*) 394
Компенсация функций (*Е.Д. Хомская*) 394
Комплаенс (*А.В. Котельникова*, *А.А. Кукушина*) 395
Комплаенс и нон-комплаенс (*В.А. Урываев*) 396
Контакт-психология (*И.М. Кондаков*) 397
Контр-знак (*М.В. Бороденко*) 397
Конфронтация (в клинической психологии) (*Н.Д. Творогова*) 398

Копинг-поведение (*В.М. Гарнов*) 398
Краткосрочная психотерапия (*Н.Д. Творогова*) 399
Лечебный процесс (в медицине) (*Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская*) 400
Лечебный эффект суммарный (*В.А. Семикопенко*) 400
Лечение (*Н.Б. Ромаданова, О.Ю. Введенская*) 401
Логопсихотерапия (*Н.Л. Карпова*) 402
Логотерапия (*Д.А. Леонтьев*) 402
Медитация (*А.В. Юревич*) 403
Метод свободных ассоциаций (*В.И. Овчаренко*) 403
Механизмы лечебного действия групповой психотерапии (*Г.Л. Исурина*) 404
Миф врачебный (*А.С. Калашников*) 405
Модель уменьшения страха (*Н.Д. Творогова*) 405
Морита-терапия (*И.М. Кондаков*) 405
Мотивация (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 406
Музыкотерапия (*М.С. Старчеус*) 406
Натурпсихотерапия (*Н.Д. Творогова*) 407
Научение (*Н.Д. Творогова*) 408
Нейролингвистическое программирование (*А.А. Плигин*) 408
Ноотропные препараты (*В.Я. Гиндикин*) 411
Обратная связь (в психотерапии) (*Г.Л. Исурина*) 412
Обучающие истории (*Н.Д. Творогова*) 412
Общение врача с пациентом (*К.В. Кулешова*) 412
Общение как лечебный фактор (*Ж.М. Глозман*) 413
Общение организации, оказывающей психологическую (медицинскую) помощь, с клиентом (*Д.В. Кулешов*) 414
Общение при угрозе со стороны клиента (*Н.Д. Творогова*) 416
Общение психолога, работающего в медицинском учреждении (*Н.Д. Творогова*) 416
Общение психотерапевта с клиентом по телефону (*Н.А. Русина*) 420
Общение саногенное (*Н.Д. Творогова*) 421
Общение с больным ребенком в медицинской среде (*Н.А. Русина*) 422
Общение с пациентами, страдающими психическими заболеваниями (*Ю.Г. Тюльпин*) 423
Общением управление (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 424
Общения профессионального нарушения (*Н.Д. Творогова*) 424
Общения профессионального стандарты (*Н.Д. Творогова*) 425
Оккупационная терапия (*Н.Д. Творогова*) 427
Основные методические подходы в психотерапии (*А.Ф. Бондаренко*) 428
Осознание (в психотерапии) (*Г.Л. Исурина*) 429
Ответственность за свое здоровье (*Н.Д. Творогова*) 429
Отзеркаливание (*Н.Д. Творогова*) 430
Отражение чувств (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 430
Охрана здоровья граждан (*Н.Д. Творогова*) 430
Паллиативное лечение (*Н.Д. Творогова*) 431
Парадоксальное вмешательство (*Н.Д. Творогова*) 431
Переживание (*Ф.Е. Василюк*) 431
Перенос (*М.М. Решетников*) 431
Переучивание при неэффективном поведении (*Н.Д. Творогова*) 431
Перефразирование (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 433
Перцептивно ориентированный социально-психологический тренинг (*О.В. Соловьева*) 433
Пиар (PR) в работе представителей помогающих профессий (*Д.В. Кулешов*) 435
Плацебо-эффект (*Л.А. Карпенко*) 436
Поведенческая психотерапия (*Н.Д. Творогова*) 437
Поддержка (*Н.Д. Творогова*) 437
Подкрепление (*Н.Д. Творогова*) 438
Позитивная психотерапия (*Х. Пезешкиан*) 439
Полиформности принцип при психологической работе с жизненными смыслами (*Г.В. Акопов*) 441
Помогающее поведение (*Н.Д. Творогова*) 442
Помощь (*Н.Д. Творогова*) 442
Портретный метод (маскотерапия) (*Р.А. Саакян*) 443
«Почва под ногами» (в психотерапии) (*А.В. Россохин*) 444
«Прививка» от стрессов (*Н.Д. Творогова*) 444
Принцип «здесь и теперь» (в психотерапии) (*Г.Л. Исурина*) 444
Программы раннего психологического вмешательства для групп риска (профилактика наркозависимости, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа), школьного насилия и др.) (*Д.Б. Романов*) 445

Противоалкогольное добровольное лечение без начального желания пациента (по методу С.Н. Зайцева) (*С.Н. Зайцев*) 446
Профилактика групповая и индивидуальная нарушений общения (*Ж.М. Глозман*) 448
Профилактика заболеваний (*Л.Е. Сырцова, Ю.Е. Абросимова, В.А. Семикопенко*) 450
Процедура мисатрибуции (*Н.Д. Творогова*) 452
Психагогика (*Н.Д. Творогова*) 452
Психоделики (*В.А. Елисеев*) 452
Психолиз (*И.М. Кондаков*) 453
Психосинтез (*Л.А. Карпенко*) 453
Психостимулирующие средства (*В.Я. Гиндикин*) 454
Психотерапевтическая группа (*Г.Л. Исурина*) 455
Психотерапевтические группы открытые и закрытые (*Г.Л. Исурина*) 455
Психотерапии народные средства (*Г.В. Акопов*) 456
Психотерапия именем (*Г.В. Акопов, Е.Ю. Хомутская*) 456
Психотерапия «кататимного переживания образов» (*И.М. Кондаков*) 457
Психотерапия коммуникационная (*И.М. Кондаков*) 457
Психотерапия «накоплением жетонов» (*И.М. Кондаков*) 457
Психотерапия систематической десенсибилизацией (*И.М. Кондаков*) 458
Психотерапия хронических «токсичных» эмоций (*Н.Д. Творогова*) 458
Психотропные средства (*А.Л. Зюбан*) 458
Разрядка (напряжения) (в психоанализе) (*В.И. Овчаренко*) 459
Райхианский анализ (*А.В. Россохин*) 459
Раппорт (*В.И. Овчаренко*) 460
Рациональная психотерапия (*В.И. Овчаренко*) 460
Рационального речевого воздействия формы (*А.С. Спиваковская*) 461
Рационально-эмотивная терапия (*И.М. Кондаков*) 461
Реабилитация (*Н.Д. Творогова*) 462
Ребефинг (*А.В. Россохин*) 462
Резюмирование (в клинической психологии) (*Н.Д. Творогова*) 463
Релаксация (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 463
Релаксация прогрессивная (*И.М. Кондаков*) 465
Рефрейминг (*Л.А. Карпенко*) 465
Ролевая игра (*Н.Д. Творогова*) 466
Самоактуализация (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 466
Самовнушение (аутосуггестия) (*А.В. Петровский*) 467
Самоконтроль (*Н.Д. Творогова*) 467
Самопомощи группы (*Н.Д. Творогова*) 468
Саморегуляция (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 468
Самоэффективность (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 470
Санитарное просвещение (*Л.Е. Сырцова, В.А. Семикопенко*) 470
Саногенное мышление (*Н.Д. Творогова*) 471
Саногенное поведение (*Н.Д. Творогова*) 472
Саноцентристский подход в оказании психологической помощи (*Н.Д. Творогова*) 473
Секстерапия (в сексологии) (*С.Т. Агарков*) 473
Семейная психотерапия (*А.З. Шапиро*) 474
Символдрама (*А.Н. Коновалов*) 475
Символотерапия (*Н.Л. Карпова*) 476
Симптоматическая психотерапия (*Н.Д. Творогова*) 476
Синтетико-герменевтическая терапия (*И.М. Кондаков*) 477
«Скотома психологическая» у медицинских работников (*В.А. Урываев*) 477
Скрытая практика (*Н.Д. Творогова*) 478
Слушание нерефлексивное (*Н.Д. Творогова*) 478
Слушание понимающее (*Н.Д. Творогова*) 478
Создание треугольника (*Н.Д. Творогова*) 479
Спонтанная ремиссия (*Н.Д. Творогова*) 479
Тайм-аут (*Н.Д. Творогова*) 479
Танатотерапия (*Е.Э. Газарова*) 479
Т-группа (*Н.Ю. Хрящова*) 480
Театр психологический (*А.С. Калашников*) 480
Телефон доверия (*Н.Д. Творогова*) 481
Терапевтическая среда (*Н.Д. Творогова*) 481
Терапия действия (*Н.Д. Творогова*) 482
Терапия творческим самовыражением Бурно (в психиатрии) (*М.Е. Бурно*) 482
Терапия утробного (первого) крика (*И.М. Кондаков*) 483
Терапия, центрированная на клиенте (*Н.Д. Творогова*) 483
Терапия, центрированная на отношениях (*Н.Д. Творогова*) 484

Техника имплозии (*Н.Д. Творогова*) 485
Техники основные создания и поддержания рабочего альянса в психотерапевтических отношениях (*Д.А. Верещагина, А.А. Кукшина*) 485
Транквилизаторы (*В.Я. Гиндикин*) 487
Трансактный анализ (*Л.А. Карпенко, В.К. Калиненко*) 487
Тренинг перцептивный (*Н.Д. Творогова*) 489
Тренинг (психологический) (*Л.А. Карпенко*) 490
Тренинг прививкой стресса (*И.М. Кондаков*) 493
Тренинг уверенности (*Н.Д. Творогова*) 493
Тренировка аутогенная (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 493
Тренировка идеомоторная (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 494
Тренировка мысленная (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 496
Тренировка психомышечная (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 498
Тренировка психорегулирующая (в психологии спорта) (*А.Е. Горовая*) 499
Тренировка решения проблем (*Н.Д. Творогова*) 499
Убеждение (в психотерапии) (*Н.Д. Творогова*) 499
Управление случайностью (*Н.Д. Творогова*) 500
Утешение (*Ф.Е. Василюк*) 500
Функциональная музыка (*Г.Е. Ремизова*) 500
Холотропная терапия (*А.В. Россохин*) 501
Циркулярное интервью (*А.З. Шапиро*) 502
Чрезвычайная ситуация (*Н.В. Третьяков*) 502
Чрезвычайных ситуаций единая система предупреждения и ликвидации (*Н.В. Третьяков*) 503
Чрезвычайных ситуаций медико-санитарные последствия (*Н.В. Третьяков*) 503
Школы здоровья (*Н.Д. Творогова*) 505
Экзистенциально-гуманистическая психотерапия (*А.Ф. Бондаренко*) 505
Эклектическая терапия (*Н.Д. Творогова*) 505
Экстренная психологическая помощь по телефону (*О.И. Ефимова*) 506
Эмпатического слушания техника (*А.С. Спиваковская*) 506
Эмпатия (*Н.Д. Творогова*) 509
Этические принципы работы клинического психолога в консультировании и психотерапии (*В.И. Шелест*) 510
Этические принципы работы психолога с группами риска, социальными меньшинствами, с группами людей с социально-отклоняющимся поведением (*В.И. Шелест*) 510
Этнопсихотерапия (*А.В. Сухарев*) 512

3.3. Психодиагностика (методики)

Айзенка опросник установок к сексу (*Л.Ф. Бурлачук*) 512
Амтхауэра тест структуры интеллекта (*Л.Ф. Бурлачук*) 513
Апперцепции пожилых техника (*Л.Ф. Бурлачук*) 515
Ассоциации, словесный тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 515
Басса–Дарки опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 516
Белла приспособляемости опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 516
Бехтеревского института личностный опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 517
Брэйса моторных способностей тесты (*Л.Ф. Бурлачук*) 518
Вайнлендская социальной зрелости шкала (*Л.Ф. Бурлачук*) 519
«Ваше самочувствие» (*Л.Ф. Бурлачук*) 520
Векслера памяти шкала (*Л.Ф. Бурлачук*) 520
Внимания исследование (в клинической психологии) (*И.М. Карлинская, И.Б. Ханина*) 521
«Внушаемость» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 522
Гипноанализ (*И.М. Кондаков*) 522
Гиссеновский перечень жалоб (*Л.Ф. Бурлачук*) 522
Гиссенский тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 523
Гудинаф «Нарисуй человека» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 524
«Двадцать утверждений самоотношения» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 525
«Деревня» (*Л.Ф. Бурлачук*) 525
Детского описания родительского поведения опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 526
Дженкинса поведения обозрение (*Л.Ф. Бурлачук*) 527
Диагностическое интервью Гендерсона (*Л.Ф. Бурлачук*) 528

«Дом – дерево – человек» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 528
Животного предпочитаемого тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 528
Жизненного стиля индекс (*Л.Ф. Бурлачук*) 529
«Завершение предложений» методики (*Л.Ф. Бурлачук*) 530
Зеркального рисунка тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 530
Интервью клиническое (беседа клиническая) (*Н.Д. Творогова*) 532
Интервью стандартизированное поведения типа А (*Л.Ф. Бурлачук*) 532
Калифорнийский личностный опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 532
«Качество жизни» (*Л.Ф. Бурлачук*) 534
Келли репертуарных решеток техника (*Л.Ф. Бурлачук*) 535
Когнитивно-эмотивный тест Ю.М. Орлова, Н.Д. Твороговой (*Н.Д. Творогова*) 535
Кукол тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 536
Лайкерта шкалы (*Л.Ф. Бурлачук*) 536
Лири интерперсональный диагноз (*Л.Ф. Бурлачук*) 537
«Лица и эмоции» (*Л.Ф. Бурлачук*) 538
Личностной ориентации опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 539
Лурии методы (*Е.Д. Хомская*) 540
Люшера выбора цвета тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 541
Майерс-Бригс типа индикатор (*Л.Ф. Бурлачук*) 542
Методика многостороннего исследования личности (*И.М. Карлинская*) 542
Мичиганский алкоголизма скрининг-тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 544
Мотива достижения решетка (*Л.Ф. Бурлачук*) 544
Мышления патологии исследования (*И.М. Карлинская, И.Б. Ханина*) 545
«Нарисуй человека» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 547
Нарушений психической адаптации опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 547
Общего здоровья опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 549
Объектных отношений методика (*Л.Ф. Бурлачук*) 549
Ожидаемого баланса шкала (*Л.Ф. Бурлачук*) 549
Опросник терминальных ценностей (*Л.Ф. Бурлачук*) 550
Пальпация (психологический аспект) (*Н.Л. Морина*) 550
Памяти патопсихологические исследования (*И.М. Карлинская, И.Б. Ханина*) 551
Патохарактерологический диагностический опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 552
Пиктограмма (*Л.Ф. Бурлачук*) 552
«Порог активности» (*Л.Ф. Бурлачук*) 554
Проба стимулятивно-перцептивная (*Л.Ф. Бурлачук*) 554
Психиатрического состояния шкала (*Л.Ф. Бурлачук*) 555
Психогеометрический тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 555
Психологических затруднений метод обследования (*Л.Ф. Бурлачук*) 556
Равена прогрессивные матрицы (*Л.Ф. Бурлачук*) 556
Ранних воспоминаний процедура (*Л.Ф. Бурлачук*) 558
Реверсивный тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 558
Решения проблем опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 559
Рисования образцов тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 559
Рисунок как средство психодиагностики (в клинической психологии) (*А.В. Либин*) 559
Розенцвейга рисуночной фрустрации методика (*Л.Ф. Бурлачук*) 561
Роршаха тест (*Ю.С. Савенко*) 561
Руки тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 563
«Самочувствие. Активность. Настроение» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 564
Сопряженная моторная методика (*Е.Д. Хомская*) 564
Социальной желательности шкала Кроуна–Марлоу (*Л.Ф. Бурлачук*) 564
Спилбергера тревоги и тревожности шкалы (*Л.Ф. Бурлачук*) 565
Стимульно-инструктивная ситуация теста (*Л.Ф. Бурлачук*) 567
Терстоуна шкалы (*Л.Ф. Бурлачук*) 568
Тест тематической апперцепции (ТАТ) для измерения мотива аффилиации (ревалидизация) (*Н.Д. Творогова*) 568
Тесты индивидуально-ориентированные (*Л.Ф. Бурлачук*) 570
Тесты интеллекта (*Л.Ф. Бурлачук*) 570
Тесты компьютерные (*Л.Ф. Бурлачук*) 571
Томский опросник ригидности (*Л.Ф. Бурлачук*) 571
Тревожность тестовая (*Л.Ф. Бурлачук*) 572
Установки на ответ (*Л.Ф. Бурлачук*) 572

Фрайбургский личностный опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 574
Функционального состояния, свойств личности, эмоционально-волевой сферы, межличностных отношений нарушений диагностика (*И.М. Карлинская, И.Б. Ханина*) 575
Функциональный анализ (*Н.Д. Творогова*) 578
Хекхаузена тематической апперцепции тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 578
Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 579
«Цель в жизни» тест (*Л.Ф. Бурлачук*) 579
«Чужие рисунки» (*Л.Ф. Бурлачук*) 581
«Шестнадцать личностных факторов» опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 582
Шкала измерения потребностно-мотивационного профиля референтности группы Ю.М. Орлова, Н.Д. Твороговой (*Н.Д. Творогова*) 584
Шкалы техники общения Н.Д. Твороговой (*Н.Д. Творогова*) 585
Шмишека опросник (*Л.Ф. Бурлачук*) 586
Этические нормы психолога-диагноста (*Л.Ф. Бурлачук*) 587
Я-концепции шкала Теннесси (*Л.Ф. Бурлачук*) 588
«Я» социально-символические задания (*Л.Ф. Бурлачук*) 588

Справочное издание

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Энциклопедический словарь

2-е издание,
переработанное и дополненное

Под общей редакцией
Надежды Дмитриевны **Твороговой**

Главный редактор канд. мед. наук *Д.Д. Проценко*
Редактор *И.Р. Балдано*
Корректор *Т.Е. Федосова*
Макет, верстка *К.И. Двинина*

Подписано в печать 04.03.2016
Формат 70 × 100$^{1}/_{16}$. Объем 38 п. л. / 64 а. л.
Гарнитура More Pro
Бумага офсетная
Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

Издательский дом «Практическая медицина».
115446, Москва, Каширское ш., 23, стр. 5.
Тел. +7 (495) 981-91-03; +7 (499) 324-93-29
e-mail: medprint@mail.ru — редакция,
opt@medprint.ru — реализация.

WWW.MEDPRINT.RU

ISBN 978-5-98811-356-0

Отпечатано в типографии филиала
АО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс».
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2
E-mail: idelpress@mail.ru