

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра медицинской психологии,
психиатрии и психотерапии

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Руководство
к практическим занятиям**

Бишкек 2016

УДК 159.9
ББК 88.4
П 86

Ответственный редактор *Т.А. Нелюбова*

Рецензенты:

З.А. Лушинская, д-р мед. наук, проф.,
Д.У. Адылов, канд. мед. наук, доц.

Авторский коллектив:

В.В. Соложенкин, А.Г. Зарифьян, В.И. Тен,
М.А. Исаков, Н.П. Фетисова

Рекомендовано к изданию УМО по высшему медицинскому
и фармацевтическому образованию МОН Кыргызстана

П 86 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯ-
ТЕЛЬНОСТИ: руководство к практическим занятиям /
В.В. Соложенкин, А.Г. Зарифьян, В.И. Тен, М.А. Исаков,
Н.П. Фетисов. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2016. 144 с.

ISBN 978-9967-19-295-7

Представлены тематическое содержание, программа и подроб-
ные методические разработки к практическим занятиям по новой
для медицинских вузов учебной дисциплине «Психологические
и дидактические основы деятельности врача». Изучение данного
руководства позволит студентам понять психологию врача и паци-
ента, связь болезней с психологическими факторами, особенности
работы в медицинской среде и мн. др. Предназначено в качестве
учебного пособия для студентов медицинских вузов и факульте-
тов, врачей, слушателей ФУВ и клинических психологов.

П 0303030000-16

ISBN 978-9967-19-295-7

УДК 159.9

ББК 88.4

© ГОУВПО КРСУ, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	6
Предисловие ко второму изданию	8
ТЕМАТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИДАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»	9
Литература	13
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДАННОЙ ДИСЦИПЛИНЕ	15
Раздел 1. Психология и медицина	24
Занятие 1. Роль и место психологического образования в формировании личности врача	24
Занятие 2. Психология и медицина	25
Раздел 2. Психологическое функционирование человека ..	28
Занятие 3. Сознание и его особые состояния	28
Занятие 4. Сознание и его особые состояния (продолжение)	31
Занятие 5. Восприятие и его феномены	34
Занятие 6. Восприятие мира	37
Занятие 7. Психологические защиты и их место в диагностическом и лечебном процессе	40
Занятие 8. Психологические защиты и их место в диагностическом и лечебном процессе (продолжение) ..	43
Занятие 9. Память, ее функции, типы и виды	46
Занятие 10. Основные закономерности мнестических процессов	49
Занятие 11. Мышление	52
Занятие 12. Мышление (продолжение)	55
Занятие 13. Речь	60
Занятие 14. Речь (продолжение)	63

Занятие 15. Мотивация и потребности	66
Занятие 16. Эмоции	72
Занятие 17. Эмоции (продолжение).	77
Занятие 18. Эмоции (продолжение).	81
Занятие 19. Научение и творчество	83
Занятие 20. Научение и творчество (продолжение).	89
Раздел 3. Биологические основы личности	95
Занятие 21. Биологическая конституция и психические процессы	95
Раздел 4. Психические процессы и болезнь	100
Занятие 22. Эмоции и болезнь	100
Занятие 23. Механизмы психологической защиты и болезнь. Психология боли	102
Занятие 24. Переживание болезни во времени	105
Раздел 5. Психология больного	110
Занятие 25. Внутренняя картина болезни	110
Занятие 26. Адаптационный образ болезни (АОБ) и типы взаимодействия с болезнью (ТВБ)	113
Занятие 27. Адаптационный образ болезни (АОБ) и типы взаимодействия с болезнью (ТВБ) (продолжение)	116
Раздел 6. Психология взаимоотношений врача и больного (коммуникативные процессы в диаде «врач – больной»)	118
Занятие 28. Общие сведения о коммуникативных процессах	118
Занятие 29. Частные вопросы коммуникации в диаде «врач – больной»	124
Занятие 30. Частные вопросы коммуникации в диаде «врач – больной» (продолжение)	128

Раздел 7. Психология врача	131
Занятие 31. Мотивация выбора профессии	131
Занятие 32. Личностные и характерологические особенности врача	133
Занятие 33. Проблемы врачебной деятельности	134
Раздел 8. Психология лечебного процесса и медицинской среды	138
Занятие 34. Психологические эффекты биологической терапии	138
Занятие 35. Информирование больных о болезни	140
Занятие 36. Территориальный фактор в лечебном процессе и больничной среде	142

ПРЕДИСЛОВИЕ

Реорганизация высшего медицинского образования, переориентация вузов на выпуск врачей нового профиля, так называемых «семейных врачей», стремление приблизить отечественную образовательную модель к требованиям мировых стандартов обуславливают усиление роли гуманитарного образования в становлении врача и поискам новых дидактических приемов, ориентированных на современный мировой опыт. Выражением этого стремления стало введение в систему подготовки будущих врачей курса «Психологические и дидактические основы врачебной деятельности», утвержденного типовыми учебными планами для студентов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов России и Кыргызстана.

В нашей республике модель преподавания этой новой для системы высшего врачебного образования дисциплины впервые апробирована на медицинском факультете Кыргызско-Российского Славянского университета, учебный план которого выгодно отличается от типового тем, что включает в себя сквозной (с 1 по 6 курсы) цикл медико-психологических дисциплин, первой ступенью которого является предмет, вынесенный в заглавие настоящего руководства.

Не располагая никакими рекомендованными «свыше» программами, наш творческий коллектив разработал и, как нам представляется, небезуспешно использовал в обучении студентов медфакультета КРСУ оригинальный курс лекций и занятий, не имеющий аналогов в других медвузах стран СНГ.

Квинтэссенцией этой работы стало издание в 1997 году фондом «Сорос-Кыргызстан» учебника профессора В.В. Соложенкина «Психологические основы врачебной деятельности». Следующим шагом в избранном направлении становится выпуск настоящего практического руководства – неотъемлемого приложения к вышеупомянутому учебнику. Предлагаемый типовой проект построен на принципе, согласно которому психология, рассматриваемая в контексте врачебной деятельности, является одним из базисных предметов, формирующих личность врача,

его подход к миру, своему пациенту и самому себе. Это поможет студенту приобрести опыт целостного самопознания, обучиться навыкам самопознания и новым дидактическим приемам, облегчающим усвоение медицинских предметов на протяжении обучения в вузе, а также получить ответы на следующие вопросы: что такое психическая жизнь – моя и моих пациентов? Почему мы так говорим, чувствуем и двигаемся? Почему я испытываю страх и не люблю таких-то людей? В связи с чем мой диагноз оказался ошибочным? Какие чувства испытывают мои больные и как я могу их изменить? Почему «его» любят больные, а меня нет? Почему мне бывает страшно, когда я иду на работу? Почему мой больной нарушает режим? Почему я что-то не понимаю или недопонимаю? Как разрешить конфликт и наладить доверительные отношения с людьми?

Эти вопросы постоянно возникают перед врачом любой специальности, но приобретают особую остроту в профессии «семейного врача», для которого создание атмосферы «терапевтического альянса» является абсолютно необходимым.

Предисловие ко второму изданию

Монография профессора Валерия Владимировича Соложенкина «Психологические основы врачебной деятельности», положенная в основу настоящего курса, выгодно отличалась от аналогичных учебников по медицинской психологии своей доступностью, иллюстративностью. Используемая автором диалогическая манера изложения материала стала оптимальной при освещении такой сложной темы, как основы психического функционирования человека, особенности врачебной деятельности с психологической точки зрения.

Тем не менее, она была ориентирована на особый, более информированный, контингент студентов-медиков. На начальных этапах функционирования медицинского факультета КРСУ, когда прием составлял не более 40–60 человек, это было вполне уместно. В дальнейшем, по мере демократизации системы отбора абитуриентов, приема молодежи со всех регионов страны и соседних республик, возникает необходимость дальнейшего упрощения подачи материала. Положение осложнялось тем, что предмет изучали студенты начальных курсов, когда у них еще не были сформированы ни навыки общения с пациентами, ни клинический опыт. Однако выбор сроков обучения предмету обуславливался необходимостью формирования с самого начала основ холистического психосоматического врачебного мировоззрения. Именно эти обстоятельства и послужили причиной переиздания настоящей работы.

ТЕМАТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИДАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Раздел 1. Психология и медицина

Что такое психология в деятельности врача. Какие психологические и дидактические приемы могут помочь освоить врачебную профессию. Медицина – наука или искусство? Почему лечатся у знахарей, целителей и экстрасенсов*? Психология и новые технологии в медицине*.

Раздел 2. Сознание и его особые состояния

Бодрствующее состояние. Сознание во сне. Толкование сновидений (психоанализ, гештальтпсихология)*. Медитация и транс. Использование транса и медитации в дидактическом процессе. Гипнотическое сознание*. Алкоголь и наркотики*. Сознание и смерть*.

Раздел 3. Восприятие мира

Феномен восприятия. Целостность и прошлый опыт. Гештальт. Гештальтпсихология*. Перцептивная защита. Подпороговое восприятие*. Внимание и восприятие. Активное слушание*. Представление. Фантомная конечность*. Восприятие времени*.

Раздел 4. Психологическая защита

Психологическая защита: броня или ахиллесова пята? Функции защит. Виды защит. Психологические защиты в диагностической и лечебной работе врача. Как диагностировать и преодолеть защиты*?

Раздел 5. Память

Структура памяти. Процессы памяти. Забывание. Реконструкция воспоминания. Искаженный анамнез болезни. Память и ригидность*. Приемы мнемотехник. Эйдетизм*. Факторы, вли-

* Раздел является дополнительным.

яющие на запоминание: влияние материала, роль установок, мотиваций и эмоциональных реакций. Организация материала. Память и субмодальность*.

Раздел 6. Мышление

Процесс мышления. Стратегия мышления и его этапы. Врачебный диагноз. Способы активизации мышления. Фантазии. Ригидность и мышление*. Вероятностное прогнозирование и нетривиальное мышление в диагностическом процессе*.

Раздел 7. Речь

Мышление и речь. Трудности речевого общения. Проблемы общения врача и больного в связи с неоднозначностью речевого высказывания. Паралингвистические элементы речи и их диагностическое значение во врачебной деятельности. Речь и индивидуальная культура*. Аргументы субкультур*.

Раздел 8. Мотивация и потребности

Теория мотиваций. Биологические потребности (жажда, голод, половая потребность) и тревога. Диагностическое значение функционирования биологических потребностей. Пищевое поведение как форма личностно-средового взаимодействия*. Символическое значение пищи*. Сексуальная потребность. Теория психоанализа и стадии развития половой потребности. Либидо и танато-инстинкты*. Сексуальные роли и их нарушения*. Познавательная мотивация. Социальные контакты. Аффективное значение человеческого лица.

Раздел 9. Эмоции

Теория эмоций. Основные эмоции человека. Эмоции и регуляция поведения. Эмоциональная устойчивость и методы ее повышения*. Стресс. Положительные и отрицательные влияния. Болезни стресса. Агрессия. Фрустрация*. Тревога и ее образы (лики). Как изменить агрессию и тревогу. Эмоциональное самовоспитание.

Раздел 10. Научение и творчество

Виды научения. Научение определенным формам поведения. Болезнь и выученная беспомощность*. Активные методы обучения. Новые учебные технологии в медицинском образовании*.

Раздел 11. Биологические основы личности

Типы строения тела и характер. Темперамент. Конституциология. Влияние конституции и темперамента на развитие определенных заболеваний.

Раздел 12. Психические процессы и болезнь

Тревога, страх, депрессия, чувство неполноценности и вины. Изменения чувства времени*. Психологические защиты и болезнь*. Жизненные сценарии, ведущие к болезни или к ее поддержанию*. Психология и психофизиология боли. Психология смерти. Эвтаназия*.

Раздел 13. Психология больного

Учение о внутренней картине болезни. Факторы, обуславливающие формирование внутренней картины болезни. Типы отношения к болезни. Адаптационный образ болезни. Типы взаимодействия с болезнью. Позитивный смысл болезни. Нозофилия и нозофобия*.

Раздел 14. Психология взаимоотношений врача и больного

Общие сведения о коммуникации. Как организовать взаимодействие с больным. Анализ репрезентативных систем*. Эмпатия. Присоединение. Психология конфликта и основы его решения. Лечебный альянс. Сопротивление. Негативная терапевтическая реакция. Перенос. Отреагирование.

Раздел 15. Психология врача

Мотивация выбора лечебной профессии. Личностные характеристики врача. Самопознание врача, тренинги самопознания*. Эмоциональные реакции врача. Контрперенос. Профессиональ-

ная деформация. Способы коррекции эмоциональных и личностных реакций врача. Балинтовские и Т-группы*. Психология диагностической работы

Раздел 16. Психология лечебного процесса и медицинской среды

Психологические факторы лекарственной терапии. Плацебо- и мильо-эффекты. Основные принципы клинического испытания новых препаратов: учет плацебо-эффекта, подбор сопоставимых групп больных, количественные методы измерения*. Информация больных о лечебном процессе и эмоциональная поддержка. Мотивация лечения*. Взаимоотношения «врач-больной» в лечебном процессе. Территориальный фактор в лечебном процессе*. Медицинская среда и система отношений между больными. Психологические реакции родственников больного, их участие в лечебном процессе и взаимодействии с врачом.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Аткинсон Р.Л.* Введение в психологию / Р.Л. Аткинсон, Р.С. Аткинсон, Э.Е. Смит. М., 2000.
2. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. М.: Изд-во МГУ, 1984.
3. *Годфруа Ж.* Что такое психология. М.: Мир, 1992. Т. 1–2.
4. *Грановская Р.М.* Элементы практической психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1984.
5. *Конечный Р.* Психосоматическая депрессия / Р. Конечный, М. Боухал. Прага: Авиценум, 1983.
6. *Конелиус Х.* Выиграть может каждый / Х. Конелиус, Ш. Фэйр. М.: Стрингер, 1992.
7. *Кречмер Э.* Медицинская психология. М.: Жизнь и знание, 1927.
8. *Макдональд В.* Руководство по субмодальностям. Воронеж, 1994.
9. *Рейковский Я.* Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979.
10. *Сандлер Д., Дэр К., Холдер А.* Пациент и психоаналитик / Д. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер. Воронеж, 1993.
11. *Таишыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984.
13. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Будапешт, 1981.
14. *Хрестоматия по ощущению и воспитанию.* М.: Изд-во МГУ, 1975.

Дополнительная

1. *Аткинсон В.* Познай себя: Развитие памяти и интеллекта / В. Аткинсон, Д.Г. Скот. СПб.: Респекс, 1994.
2. *Блейкли С.* Об интеллекте / С. Блейкли, Д. Хоккинс. СПб.: Вильямс, 2007.
3. *Дремов С.В.* Измененные состояния сознания / С.В. Дремов, И.Р. Семин. Новосибирск: Изд-во РАМН, 2001.

4. *Сергеева О.* Язык жестов. М., 2009.
5. *Фресс П.* Экспериментальная психология / П. Фресс, Ж. Пиаже. М.: Прогресс, 1975–1979. Вып. 3–5.
6. Хрестоматия по ощущению и восприятию. М.: Изд-во МГУ, 1975.
7. *Шапарь В.Д.* Занимательная психология. Рн/Д, 2006.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
для студентов I–II курсов медицинского факультета
по дисциплине
«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Объем курса:

Всего – 200 часов

Лекции – 72 часа

Практические занятия – 72 часа

Индивидуальные занятия – 20 часов

СРС – 36 часов

Модулей – 4

Форма отчетности – дифференцированный зачет (3 семестр).

Дисциплина изучается во 2-м – 3-м семестрах.

Краткая характеристика

Курс рассматривает функционирование общепсихологических закономерностей в контексте врачебной деятельности. Восполняются выпадающие в сложившейся традиционной системе медицинского образования разделы, посвященные анализу сложной совокупности факторов, обуславливающих эффективность терапевтического взаимодействия (психология больного, врача, лечебного процесса и медицинской среды). Психологические феномены отслеживаются через призму индивидуально-личностного подхода в их целостной взаимосвязи и динамике взаимодействия. Рассматриваются механизмы их трансформации в патологию. Методическое построение курса предусматривает возможность использования полученных знаний в целях повышения психической продуктивности студентов, в том числе в образовательном процессе, помогает обрести опыт самопознания, способствует личностному росту, а также выработке мировоззренческой и профессиональной позиции.

Изучение особенностей функционирования основных сфер психической деятельности человека в «норме» в дальнейшем

рассматривается как основа исследования психопатологических сдвигов при изучении курса «Общая психопатология».

РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ СЕМЕСТР 2-й

Неделя 1

ЛК: Психология и медицина.

Практическое занятие (ПЗ): Роль и место психологического образования в формировании личности врача.

Неделя 2

ЛК: Психология и медицина (продолжение).

ПЗ: Психология и медицина.

Неделя 3

ЛК: Сознание и его особые состояния.

ПЗ: Сознание и его особые состояния.

Неделя 4

ЛК: Сознание и его особые состояния (продолжение).

ПЗ: Сознание и его особые состояния.

Неделя 5

ЛК: Восприятие мира.

ПЗ: Восприятие и его феномены.

Неделя 6

ЛК: Восприятие мира (продолжение).

ПЗ: Восприятие мира.

Неделя 7

ЛК: Психологические защиты и их место в диагностической и лечебной деятельности врача.

ПЗ: Психологические защиты и их место в диагностическом и лечебном процессе. Работа с психологическими защитами.

Неделя 8

ЛК: Психологические защиты и их место в диагностической и лечебной работе врача (продолжение).

ПЗ: Психологические защиты и их место в диагностическом и лечебном процессе (продолжение).

Неделя 9

ЛК: Мнестические процессы.

ПЗ: Память, ее функции, типы и виды.

Неделя 10

ЛК: Мнестические процессы (продолжение).

ПЗ: Основные закономерности мнестических процессов.

КТ № 1

Неделя 11

ЛК: Мышление.

ПЗ: Мышление.

Неделя 12

ЛК: Мышление (продолжение).

ПЗ: Мышление (продолжение).

Неделя 13

ЛК: Речь.

ПЗ: Речь.

Неделя 14

ЛК: Речь (продолжение).

ПЗ: Речь (продолжение).

Неделя 15

ЛК: Мотивации и потребности. Теории мотиваций.

ПЗ: Мотивации и потребности.

Неделя 16

ЛК: Эмоции.

ПЗ: Эмоции.

Неделя 17

ЛК: Эмоции (продолжение).

ПЗ: Эмоции (продолжение).

Неделя 18

ЛК: Эмоции (окончание).

ПЗ: Эмоции (окончание).

КТ № 2 СЕМЕСТР 3-й

Неделя 19

ЛК: Научение и творчество.

ПЗ: Научение и творчество.

Неделя 20

ЛК: Научение и творчество (продолжение).

ПЗ: Научение и творчество (продолжение).

Неделя 21

ЛК: Биологические основы личности.

ПЗ: Биологическая конституция и психические процессы.

Неделя 22

ЛК: Психические процессы и болезнь

ПЗ: Эмоции и болезнь.

Неделя 23

ЛК: Психические процессы и болезнь (продолжение).

ПЗ: Механизмы психологической защиты и болезнь. Психология боли.

Неделя 24

ЛК: Психологические процессы и болезнь (окончание).

ПЗ: Переживание болезни во времени.

Неделя 25

ЛК: Психология больного.

ПЗ: Внутренняя картина болезни, влияние культуральных особенностей восприятия болезни.

Неделя 26

ЛК: Психология больного (продолжение).

ПЗ: Адаптационный образ болезни (АОБ), типы взаимодействия с болезнью (ТВБ).

Неделя 27

ЛК: Психология больного (окончание).

ПЗ: АОБ, ТВБ (продолжение).

КТ № 3

Неделя 28

ЛК: Психология взаимоотношений врача и больного.

ПЗ: Общие сведения о коммуникативных процессах.

Неделя 29

ЛК: Психология взаимоотношений врача и больного (продолжение).

ПЗ: Частные вопросы коммуникации в диаде «врач – больной».

Неделя 30

ЛК: Психология взаимоотношений врача и больного (окончание).

ПЗ: Частные вопросы коммуникации в диаде «врач – больной» (продолжение).

Неделя 31

ЛК: Психология врача.

ПЗ: Мотивация выбора профессии.

Неделя 32

ЛК: Психология врача (продолжение).

ПЗ: Личностные и характерологические особенности врача.

Неделя 33

ЛК: Психология врача (окончание).

ПЗ: Проблемы врачебной деятельности.

Неделя 34

ЛК: Психология лечебного процесса и медицинской среды.

ПЗ: Психологические эффекты биологической терапии.

Неделя 35

ЛК: Психология лечебного процесса и медицинской среды (продолжение).

ПЗ: Информирование больных о болезни.

Неделя 36

ЛК: Психология лечебного процесса и медицинской среды (окончание).

ПЗ: Территориальный фактор в лечебном процессе и больничной среде

КТ № 4

Контрольные вопросы по дисциплине «Психологические основы врачебной деятельности»

КТ № 1

1. Психология – определение; приложение психологии в медицине.

2. Основные направления в современной психологии: психоанализ, поведенческая, когнитивная психология. Основные представления о них.

3. Психология и современность: взаимоотношения с парамедиками, новые технологии.
4. Сознание – определение, основные функции сознания.
5. Особые состояния сознания. Сознание во сне.
6. Сознание и различные картины мира.
7. Восприятие – определение, функция. Основные особенности восприятия человека.
8. Феномены восприятия.
9. Пороги восприятия, субсенсорное восприятие.
10. Механизмы психологической защиты – понятие, основные функции.
11. Основные механизмы психологической защиты.
12. Механизмы компенсации и разрядки.
13. Память – определение, функции, виды памяти.
14. Факторы, влияющие на запоминание.
15. Феномен забывания.

КТ № 2

1. Мышление – определение, функции. Понятия.
2. Решение проблем. Вероятностное прогнозирование.
3. Стратегия мышления.
4. Речь – определение, виды речи. Лингвистические и паралингвистические компоненты речи.
5. Функции речи
6. Значение вербального поведения в диагностическом процессе.
7. Мотивации – определение, функции. Соотношение с потребностями.
8. Теории мотиваций.
9. Иерархия потребностей по А. Маслоу.
10. Эмоции. Определение, роль эмоций в процессе жизнедеятельности.
11. Теории эмоций.
12. Методы регистрации эмоций.
13. Тревога как базальная эмоция.
14. Трансформация тревоги.
15. Стресс и формирование психосоматических расстройств.

КТ № 3

1. Научение – определение, функции. Реактивное научение.
2. Оперантное научение.
3. Когнитивное научение.
4. Интеллект – определение. Первичные интеллектуальные элементы по Терстоуну.
5. Методы определения интеллекта.
6. Интеллект и творчество.
7. Биологические типологии личности.
8. Биопсихологические типологии Кречмера.
9. Современные биологические типологии личности.
10. Эмоциональные реакции при болезни.
11. Психология боли.
12. Переживание болезни во времени. Психология смерти.
13. Внутренняя картина болезни – понятие, содержание.
14. Типы взаимодействия с болезнью – понятие, классификация.
15. Адаптационный образ болезни, его структура и содержание.

КТ № 4

1. Коммуникация, способы коммуникации.
2. Факторы, влияющие на коммуникацию с больными.
3. Типы поведения пациентов.
4. Социальное восприятие и установки.
5. Ключи доступа к информации
6. Психоаналитические феномены во взаимодействии с больным.
7. Призыв к помощи, формы его проявления.
8. Манипулирование в диаде «врач – больной».
9. Сопротивление, формы его проявления.
10. Мотивации выбора врачебной профессии.
11. Основные качества личности врача.
12. Работа врача с психологическими проблемами.
13. Понятие негативного и позитивного плацебо-эффекта.

14. Взаимодействие врача с родственниками больного.
15. Территориальный фактор в больничной среде.

Темы реферативных сообщений

1. Неосознаваемые процессы человеческой психики и сновидения. Толкование сновидений.
2. Субсенсорное восприятие.
3. Речевые паттерны и их диагностическое значение.
4. Феномен алекситимии во врачебной практике.
5. Стереотипы в жизни человека.
6. Трансфер и контртрансфер при взаимодействии врача и пациента.
7. Влияние культуральных факторов на взаимодействие с пациентом.

Раздел 1. ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА

Занятие 1

Тема: Роль и место психологического образования в формировании личности врача.

Цель занятия: Обоснование прикладной ценности психологических знаний для решения специфических медицинских проблем.

Ключевые понятия (КП): психология – определение; психологические факторы в развитии заболеваний; развитие психологии; формирование холистического подхода.

Методические указания: Определение психологии (с. 5)¹. Психогенные заболевания (с. 5).

Психологические факторы могут включаться в этиопатогенез заболеваний различными путями:

- формировать ситуацию эмоционального хронического напряжения;
- выступать в качестве личностных особенностей (тревожность, агрессивность, нерешительность, неуверенность и др.), ведущих к возникновению стресса;
- формировать т.н. факторы риска заболеваний (например: курение как фактор риска в значительном количестве случаев связано со стремлением индивида посредством никотинового расслабления снять эмоциональное напряжение и т. д.);
- воздействовать через специфические стрессоры внешней среды (напряженный ритм работы, неблагоприятный психологический климат и т.д.).

Развитие психологии связано с рядом направлений человеческого познания – религией, антропологией, философией (с. 6). Основным мотивом выделения ее в качестве самостоятельной дисциплины явилась потребность человека к познанию своей духовной сути и своего места в мире (с. 7), его стремление

¹ Здесь и далее ссылки на учебник: *Соложенкин В.В.* Психологические основы врачебной деятельности М., 1997.

структурировать (упорядочивать) внутренний и внешний мир. Первоначально попытки такого познания опирались на всевозможные религиозные представления (с. 7), что привело к разделению (дихотомизации) телесного и психического в человеке (с. 7). В конечном итоге все сводилось к поискам объяснения человеческого поведения. В качестве основного объяснения поведения одни авторы рассматривали эмоции (чувства). Другие считали, что поведение можно объяснять такими специфичными для человека качествами, как здравый смысл, рассудок, интеллект (с. 8). В противовес подобному разделению формируется целостный холистический подход (с. 7), который учитывает взаимодействие всех элементов человеческой психики.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Дискуссия: «Психология и религия, сходство и различия в рассмотрении духовной жизни человека. Психология животных – миф или реальность? Эмоциональный стресс (с. 12). Нужно ли бороться с ним?».

Анализ личного опыта:

1. Объясните своими словами, что вы понимаете под психологией?
2. Совершали ли вы когда-нибудь необъяснимые поступки?
3. Сложно ли вам объяснить свое поведение в повседневной жизни или экстремальной ситуации?

Занятие 2

Тема: Психология и медицина.

Цель занятия: Усвоение основных принципов холистического подхода в медицине. Определение основных психологических аспектов взаимодействия врача и больного.

КП: дихотомия телесного и психологического; холизм в восточной философии; основные принципы холистического подхода: эмоциональные реакции врача и больного; психологический контакт; психология и новые технологии в медицине.

Методические указания: Разделение телесного (материального) и психического (нематериального) имеет своим истоком

религиозные воззрения (с. 7), которые провозглашали непознаваемость духовной сферы человека, ответственность за которую берет на себя божественное начало в различных проявлениях. В связи с этим признавалась независимость психики и тела друг от друга. Другая причина разделения телесного и психического – несовершенство медицинских знаний. До настоящего времени не существует общепризнанных представлений относительно функционирования психики человека. В свою очередь, разделение отдельных отраслей соматической медицины создает искусственные барьеры в целостном понимании человеческой патологии.

В древневосточной философии заложены основы холистического (целостного) подхода к рассмотрению человека и его места в мире (даосизм, позднее – дзен-буддизм, с. 8). Подобный взгляд на человека считался обязательным для ведущих врачей недавнего прошлого, в частности, для земских врачей, профессиональная подготовка которых делала их компетентными почти по всем аспектам человеческого здоровья. Ими провозглашалась тесная взаимосвязь телесных проявлений с психической деятельностью, неразделимость психики и сомы.

Таким образом, основными принципами холистического подхода можно назвать следующие: единство психического и телесного функционирования, с одной стороны, и единство личности и ее социального, окружения – с другой (с. 8). Данные принципы и сейчас остаются решающими в большинстве случаев для эффективного взаимодействия врача и пациента. В отношении особенностей такого взаимодействия существует несколько основных направлений в психологии (с. 12), каждое из которых по-своему определяет цели взаимодействия. Врач общемедицинской практики должен быть осведомлен относительно этих представлений.

Врачебная профессия – одна из немногих, что строятся на общении (с. 13), качество которого во многом определяет конечную точность диагностики и эффективность лечения. От умения психологически грамотно построить контакт с больным или его родственниками зависят достоверность и полнота получаемой информации. Доверие больного не идентично религиозной вере,

а основано на признании компетентности врача, его профессионализма. Значение при этом приобретает умение врача познавать, прежде всего, самого себя, основные мотивы своей деятельности (с. 13). Эта тема недостаточно освещалась в литературе. Поэтому важно не только осознавать эмоциональные реакции и внутренний мир больного, но и собственные личностные особенности, психологические и поведенческие реакции. Умение понять себя, свои чувства и мотивы, контролировать собственные реакции является одним из важнейших качеств врача-профессионала.

Использование в последнее время новых медицинских технологий (с. 18) создает иллюзию второстепенности непосредственного общения с больным по сравнению с внешне объективным компьютерным контактом. Тем не менее, практический опыт показывает, что сегодня подобная замена невозможна и весьма проблематична в будущем (с. 19).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Ролевая игра «Ситуация врачебного приема». Цель – продемонстрировать практическую реализацию принципа «лечить не болезнь, а больного». Обсуждение с применением принципа холизма.

Упражнение 2.

Групповая дискуссия на тему «Узкая специализация в медицине, преимущества и недостатки. Основные трудности в целостном понимании патологии».

Упражнение 3.

Ролевая игра: моделируются различные стереотипы взаимодействия врача и больного – «компьютерный стиль», холистический стиль. Анализируются ощущения испытуемых.

Анализ личного опыта:

1. Вспомните примеры из личного опыта, демонстрирующие взаимосвязь психологических проблем с телесными симптомами.

2. Вспомните свои эмоциональные реакции при посещении участкового терапевта.

3. Вспомните ваши ощущения при посещении парамедиков (или по рассказам ваших знакомых).

Раздел 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Занятие 3

Тема: Сознание и его особые состояния.

Цель занятия: Определение сознания, основных его функций, основные особенности различных состояний сознания.

КП: определение сознания; функции сознания; бодрствующее сознание; сон и его психологический смысл; изменения состояния сознания.

Методические указания: Определение сознания (с. 21). Одной из основных функций сознания является *интегративная* (с. 21). Она означает, что сознание, как психическая функция, есть понятие абстрактное, поскольку оно объединяет практически все формы психической деятельности (восприятия, мышление, память, эмоции, мотивации и др.) для того, чтобы человек был способен ориентироваться в своем внутреннем и окружающем мире.

Следующая функция сознания – *энергетическая* (с. 21). Несмотря на определенную нечеткость понятия «энергия», оно необходимо для понимания данной функции. По энергетическому критерию сознания психическая деятельность человека может находиться на различных уровнях: активного состояния сознания (бодрствующее сознание), во сне, в состоянии измененного или искаженного сознания. Психическое функционирование в каждом из таких вариантов имеет свои особенности.

Еще одна функция сознания – *ориентация психической деятельности* (с. 22): на внешний мир – и тогда мы говорим об экстравертированном сознании, или на внутренний мир – интравертированное сознание. Примерами экстравертированного сознания является поведение человека в необычной, новой обстановке, интравертированного – состояние медитации (с. 23). Понятие сознания тесно связано с процессом осознания, когда отдельные предметы и явления внешнего и внутреннего мира появляются в зоне внимания и мыслительной (когнитивной) переработки.

Прогностическая функция сознания (с. 32) связана со стремлением человека на основании структурирования мира прогно-

зирать возможные причинно-следственные взаимосвязи, т.е. это возможность с той или иной степенью точности предугадать какое-либо событие.

В повседневной деятельности человека основными состояниями сознания является к *бодрствующее* и *сознание во сне* (с. 21). Бодрствующее, или активное, сознание направлено на поддержание сцепленности психической деятельности с внешним и внутренним миром. Приоритетность внешней и внутренней ориентации является вопросом дискуссионным (с. 22) и зависит от особенностей личности и ее взаимодействия с социальным окружением. Более важной проблемой является согласование информации, поступающей из сферы восприятия (перцепции), и мыслительной (когнитивной) ее переработки. Больной с бредом может вполне правильно воспринимать предметы и явления окружающего мира, однако при этом особым образом *оценивать и объяснять* их. Подобное состояние нельзя относить к ясному сознанию (с. 22), поскольку реальность отражается неправильно и адаптация к ней будет неполной. Такие состояния сознания обозначаются как *искаженные*.

В то же время знания человека об окружающем мире далеко не полны и то, что сегодня кажется безусловным, завтра оказывается ложным. Что в этом случае представляет собой ясное сознание? Если состояние бодрствующего сознания имеют совершенно определенные признаки (с. 23), то представления о сознании во сне неоднократно пересматривались (с. 25). Сон может выполнять многие функции (с. 26), которые с возрастом могут меняться: в детском возрасте он играет, в основном, охранительно-восстановительную роль, поэтому длительность сна достаточно тесно связана с уровнем двигательной активности у детей. С возрастом сон все больше начинает выполнять функцию психологической защиты или разрядки (с. 25), в связи, с чем психологическая интерпретация сновидений позволяет использовать их в диагностическом и терапевтическом плане в рамках ряда психотерапевтических направлений (с. 25). Кроме того, выделяют ряд переходных состояний, которые находятся в промежутке между активным сознанием и сном (с. 26). Именно они, наряду

с упоминавшимися ранее состояниями неправильной интерпретации действительности, могут рассматриваться как измененные состояния сознания. Последние чаще всего используются в современной психотерапии. Они могут наблюдаться в следующих ситуациях: спонтанные состояния изменения сознания, при некоторых инфекционных и психических заболеваниях, при медитации, при наведенных терапевтических трансах, лекарственных изменения сознания, например, при использовании так называемых психоактивных веществ (с. 38).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Гештальт-техника на осознание. Студенты разбиваются на пары, садятся друг перед другом, внимательно наблюдают за партнером, затем поочередно проговаривают свои реакции по схеме: «Что я вижу, что я чувствую, что я думаю». Цель – осознание действительности посредством вербализации своих реакций. Последующее обсуждение результатов.

Упражнение 2.

Обсуждение темы «Ясновидение – миф или реальность?».

Анализ личного опыта:

1. Вспомните свои ощущения в ситуации, переходной от состояния бодрствования ко сну.

2. Вспомните ситуации, когда вы испытывали ощущение нереальности мира. Проанализируйте обстоятельства, в которых это происходило. С чем были связаны, на ваш взгляд, эти ощущения?

3. Опишите ситуации экстравертированного и интравертированного сознания из вашего личного опыта. Попытайтесь проанализировать различия ваших ощущений в этих состояниях сознания.

4. Вспомните свое последнее сновидение. Проанализируйте его содержание с точки зрения защитного функционирования. Попытайтесь определить свою индивидуальную норму сна и биоритмов смены сна и бодрствования.

Занятие 4

Тема: Сознание и его особые состояния (продолжение).

Цель занятия: Разобрать измененные состояния сознания, получить опыт трансовых состояний, изучить различные картины сознания.

КП: Трансы; виды трансов; признаки трансового состояния; терапевтическая значимость трансов; наведение транса; индивидуальная картина сознания (мира); понятие бессознательного.

Методические указания: Под трансамы обычно понимают особые состояния сознания, когда оно направлено вовнутрь собственных ощущений, т.е. с различной степенью выраженности оторвано от раздражителей внешней среды и в то же время по своим физиологическим механизмам отличается от состояния сознания во сне, прежде всего сохранением зоны рапорта. В состоянии транса может отмечаться чрезмерно выраженная физиологическая активация (с. 27) и, наоборот, замедление физиологических процессов до уровня анабиоза. Справедливо сказать, что состояние транса – это функционирование организма в ином физиологическом и психическом режиме. С точки зрения адаптации транс может рассматриваться как защитная реакция организма (с. 27), которая ограждает человека, его сознание от неблагоприятного или чрезмерного средового воздействия. Как правило, подобные реакции связаны со спонтанно (самостоятельно) возникающими трансамы и характеризуются утратой или ослаблением контроля сознанием поведения. Состояния транса могут также вызываться искусственно. В психотерапии транссы подразделяются на медитационные; терапевтические; транссы, возникающие при патологии метаболизма (обмена веществ) головного мозга; транссы, вызванные химическими веществами (лекарственные транссы).

Спонтанные транссы достаточно часто встречаются в повседневной жизнедеятельности человека. Обычно они характеризуются автоматизированными формами поведения (езда в транспорте по обычному маршруту, выполнение привычных действий и т.д.). Чаще всего спонтанные (бытовые) транссы ориентированы

на более экономичный режим функционирования, когда привычные действия могут выполняться автоматически и не требуют особого внимания. Основными причинами спонтанных трансов являются либо гиперстимуляция с развитием охранительного торможения в головном мозге, либо монотонность раздражителей, обуславливающих аналогичное торможение.

Терапевтические транссы отличаются от медитационных, прежде всего тем, что они наводятся извне оператором, тогда как при медитации происходит самостоятельное наведение трансса с использованием различных приемов (мантры, мандалы, коаны и др.). Но, в основном, используются те же принципы: либо монотонное «убаюкивание», либо гиперстимуляция.

Состояние трансса, как правило, сопровождается комплексом психологических и физиологических изменений.

Психологические транссы обычно включают сужение уровня сознания, ограничение доступа информации извне, сосредоточенность на внутренних ощущениях и переживаниях.

Физиологические сдвиги на первых этапах характеризуются замедлением или снижением уровня активности физиологических функций (урежение темпа сердечной деятельности, замедление дыхания, расслабленность мускулатуры, фиксация или расфокусировка взгляда и др.). Глубина трансса может быть различной. Важно отметить, что гипнотическое состояние не означает только глубокий транс, существует много переходных состояний, которые также являются транссовыми, и в современной психотерапии используются именно эти состояния.

При проведении транссовых методик терапии необходимо учитывать и другой важный фактор – различные картины сознания. Поскольку, к примеру, в некоторых видах религии (мусульманство, православное христианство) использование трансса считается предосудительным, то и психотерапевтическая работа с подобными верующими должна строиться на иных принципах. Тут мы подходим к вопросу об индивидуальности сознания. Одна из его функций – создание индивидуальной картины мира посредством структурирования последнего и упрощения до уровня собственного понимания. Всякое упрощение может быть источ-

ником ошибочного восприятия, однако это позволяет снижать уровень неизвестности, а значит, и уровень тревоги перед лицом чего-то непонятного или угрожающего. Таким образом, каждый человек создает индивидуальные картины мира и обладает индивидуальной картиной сознания. Формирование представлений человека происходит под влиянием общества, в котором он живет (с. 29), но при этом создаваемая картина становится его собственной, и именно она играет определенную роль в организации поведения отдельного индивида (с. 30). Применительно к медицине индивидуальные картины сознания можно определенным образом сгруппировать в несколько следующих вариантов.

Профессиональная картина сознания преследует узкопрактические цели (с. 30) – мир рассматривается сквозь призму профессионального взгляда. В этом случае, к примеру, группа людей представляет собой совокупность нозологических единиц: два гепатита, один полиартрит, два невроза, три язвы – вот и вся компания.

Механическая картина мира, как правило, связана с недостаточными способностями чтения своих эмоциональных переживаний (с. 30). Доля психического фактора в этой картине сводится до минимума. Все строится на строгой последовательности понятных причинно-следственных взаимосвязей. При этом уровень тревоги снижается за счет логических построений.

Окультная (мистическая) картина, напротив, отрицает логические взаимосвязи и строится на вере (с. 31). При этом снижение тревоги происходит за счет переложения ответственности за все происходящее и будущее на какие-либо высшие силы.

Бытовая картина сознания характеризуется наибольшей степенью упрощения (с. 31), когда мир воспринимается сквозь призму исключительно собственного опыта или опыта значимых лиц.

Картины мира не исчерпываются индивидуальным сознанием. В настоящее время можно выделить две различающиеся культуральные картины сознания – восточную и западную (с. 32). Именно они оказывают влияние на формирование индивидуальной картины сознания посредством механизмов, обо-

значенных как *коллективное бессознательное* (с. 33). Большое значение в современных исследованиях бессознательного принадлежит опытам С. Грофа (с. 33). Его идеи картографии бессознательного, вероятно, опережают современный уровень научных знаний, но особенно заслуживает внимания его попытка интеграции двух глобальных картин мира – восточной и западной (с. 35).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Преподаватель вызывает добровольца из числа студентов и погружает его в состояние транса. Остальные студенты внимательно фиксируют психологические и физиологические сдвиги, поведенческие признаки транса. Далее анализируется самоотчет испытуемого о своих ощущениях. Проводится обсуждение темы «Признаки трансовых состояний».

Упражнение 2.

Преподаватель проводит технику группового транса с использованием монотонного раздражителя. Во время «погружения» студенты фиксируют свои ощущения. Далее проводится обсуждение результатов, трудностей и возможных их причин. Следует отметить, что при необходимости часть занятия 4 может быть перенесена на следующее занятие.

Анализ личного опыта:

1. Вспомните ситуации спонтанных трансов, ваши ощущения?

2. Студентам предлагается записать краткий самоотчет о своих переживаниях в момент погружения в транс.

3. На основании полученных на занятии навыков каждый студент идентифицирует преобладающую картину своего сознания. При наличии согласия, в последующем она сравнивается с мнением других студентов группы

Занятие 5

Тема: Восприятие и его феномены.

Цель занятия: Усвоение основных принципов восприятия мира человеком; основные феномены восприятия, разработанные в гештальтпсихологии.

КП: восприятие, субъективность и объективность восприятия, восприятие и индивидуальная картина мира, восприятие и упрощение мира, феномены восприятия: фигура-фон, симметричность, мнимая непрерывность, заполнение пробелов.

Методические указания: Восприятие есть целостное отражение предметов внешнего и внутреннего мира в чувственно доступных временных и пространственных взаимосвязях. Воспринимаемый мир является объективной реальностью (с. 40). Восприятие осуществляется посредством совокупности рецепторов, различающихся по своим функциям и устройству (с. 41). Отражение реальности посредством рецепторов происходит приблизительно одинаково у всех людей как представителей биологического вида (с. 40). Тем не менее, на этапе дальнейшей переработки информации, поступающей с рецепторов, возникают различия, которые зависят от индивидуальных особенностей психической деятельности человека. Именно это обуславливает *индивидуальность восприятия мира* каждым конкретным человеком (с. 42).

Все раздражители воспринимаются сквозь призму индивидуальной картины сознания и поэтому неодинаково расцениваются различными людьми. При этом в качестве обязательной операции осуществляется структурирование и расположение информации по степени ее значимости, целью чего является упрощение и доступности понимания (с. 42). Упрощение информации производится на основании сравнения ее с уже имеющейся у человека индивидуальной картиной мира. Частным примером является искажение восприятия мира в силу профессиональных навыков (с. 43). Один и тот же человек может по-разному восприниматься врачами различной специальности: терапевт скорее обратит внимание на цвет лица, тургор (мышечный тонус), медицинский психолог – на мимику, эмоциональность и др. И только у прозектора живые люди не вызывают профессионального интереса.

Субъективность восприятия мира обуславливается и индивидуальностью мотивации (с. 44) у различных людей в разных ситуациях. Понимание мотивации позволяет объяснить индивидуальные особенности восприятия. Наконец, субъективность восприятия свя-

зана с еще одним фактором – необходимостью получения *целостной картины мира* (прежде всего, за счет ее упрощения).

Целостность восприятия достаточно подробно изучалась одним из направлений психологии – гештальтпсихологией (с. 45). Был выделен ряд феноменов восприятия, общих для всех людей.

Феномен фигуры и фона (с. 45) связан с неоднозначностью и определенной структурой воспринимаемых раздражителей. Чаще всего какие-то из них занимают доминирующее положение, остальные составляют фон в этой целостной картине восприятия (гештальте) на определенное время и в определенной ситуации. Формирование фигуры и фона зависит от ряда факторов, связанных с особенностями личности и самой ситуации.

Следующие феномены – *феномен мнимой непрерывности* (с. 50) и тесно связанный с ним *феномен заполнения пробелов* (с. 47), также объясняются тенденцией к целостности восприятия, завершенности картины мира. При этом заполнение пробелов проводится по наиболее вероятным стереотипам на основе личного опыта воспринимающего субъекта.

Феномен симметричности восприятия (с. 50) объясняется тенденцией воспринимать объект или явление как устойчивое образование. Повседневный опыт свидетельствует, что устойчивость, как правило, субъективно связана симметричностью, сбалансированностью. Поэтому восприятие человека стремится во всем обнаружить симметричность и гармонию.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Исследование субъективности восприятия. Используют таблицы-картины: два равновеликих прямых отрезка, «зашумленных» косыми; картина с пустым и заштрихованным фоном.

1.



2.



Упражнение 2.

Посредством секундомера определяются индивидуальные различия восприятия временных отрезков. Далее анализируются возможные причины данных различий.

Упражнение 3.

Используется методика «Незаконченный рисунок».

Упражнение 4.

Используется стимульный материал методики ТАТ. Два студента составляют короткий рассказ. Интерпретация рассказа и последующее обсуждение.

Анализ личного опыта:

1. Опишите ситуации, когда ваше восприятие какого-либо предмета или события отличалось от восприятия других людей. Проанализируйте причины.

2. Вспомните ситуации, которые воспринимались вами как неустойчивые, несбалансированные. Ваши ощущения в этих ситуациях?

Занятие 6

Тема: Восприятие мира.

Цель занятия: Изучить психологические и физиологические аспекты восприятия

КП: феномены влияния предшествующего опыта, группирования элементов; восприятия в контексте влияния мотиваций, установки и ожидания; адаптации анализаторов субсензорного восприятия, перцептивной защиты.

Методические указания: Влияние предшествующего жизненного опыта на процесс восприятия информации может рассматриваться как проявление тенденции к упрощению (с. 48). Воспринимаемая информация постоянно сравнивается с уже имеющейся в непосредственном жизненном опыте индивида, на основании чего происходит ее структурирование. По сути, диагностический процесс во врачебной практике состоит из ряда подобных случаев из его клинической практики. Отрицательным моментом являются случаи, когда симптомы болезни «подгоняются» под такую совокупность признаков, которая уже имела ме-

сто в личном опыте врача, что в последующем может приводить к диагностическим ошибкам. В этом случае могут игнорироваться какие-то важные, но непривычные признаки болезни, к примеру, культурально обусловленные особенности протекания заболеваний (с. 49). Примерно так же на восприятие влияет тенденция к формированию устойчивых «шаблонных» стереотипов (с. 49). В формировании стереотипов восприятия зачастую играют большую роль не только сами признаки, но и особенности ситуации, в которой происходит это формирование (с. 50). В частности, может срабатывать принцип пространственной, территориальной или временной близости.

Следующим признаком упрощения восприятия мира является его постоянство (с. 51). Неизменность мира создает ощущение его привычности и понятности, поэтому что-либо новое или необычное воспринимается как нечто уже известное. Это позволяет сохранять восприятие мира структурированным раз и навсегда. В таком мире существуют устоявшиеся причинно-следственные взаимосвязи, что способствует формированию *привычных установок* (с. 54). Предварительные установки (*феномен привычных ожиданий*), как правило, влияют на восприятие. Во врачебной деятельности изначальная установка, с одной стороны, позволяет более целенаправленно и экономично обращать внимание на определенную совокупность симптомов, с другой, – делает маловероятной возможность установления неожиданного, нетривиального диагноза (с. 52), который в части случаев оказывается правильным.

Одним из феноменов, влияющих на восприятие, является *адаптация анализаторов* (с. 54). Она носит достаточно выраженный защитный характер и ориентирована на предохранение от чрезмерной стимуляции (адаптация на уровне рецепторов) или предотвращение доступа в сознание различных негативных либо монотонных раздражителей (адаптация на уровне головного мозга).

Исследованиями в области психофизиологии выделены два основных порога восприятия (с. 55): *физиологический* и *психологический* (порог осознания) (с. 57). Последний является более изменчивым и зависит от нескольких причин: функционального состояния организма (утомление, как правило, повышает порог),

эмоциональной значимости стимула, мотивации к восприятию определенных раздражителей (мать способна различить плач своего грудного ребенка даже при минимальной выраженности звукового сигнала), уровня сознания (измененные состояния сознания могут значительно повышать или, напротив, снижать порог психологического восприятия). Психологическое содержание стимула проходит своеобразный фильтр, включающий совокупность нейрофизиологических образований (с. 57), расположенных приблизительно между раздражением на уровне рецепторов и опознаванием природы стимула. В данной зоне (с. 56), обозначенной как субсензорная (или подпороговая), происходит эмоциональная маркировка стимула (позитивный или негативный, необходимый или ненужный, важный или незначительный). Процесс исключения негативных стимулов из зоны осознания посредством повышения порога психологического возбуждения получил название *перцептивной защиты* (с. 57), что подчеркивает защитный характер феномена.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Привести примеры, демонстрирующие влияние предшествующего жизненного опыта на восприятие информации, группирования или объединения элементов (в том числе, по территориальной, пространственной или временной близости), персональной значимости воспринимаемого объекта, постоянства воспринимаемого мира, феноменов установки и ожидания. Обсуждение и оценка иллюстративности приведенных примеров.

Упражнение 2.

Студентов просят привести примеры, демонстрирующие наличие субсензорного восприятия.

Упражнение 3.

Групповая дискуссия на тему «Возможности практического использования феномена субсензорного восприятия и перцептивной защиты».

Анализ личного опыта:

1. Вспомните проявления вашего стремления сохранить школьные стереотипы обучения в институте.

2. Приведите примеры из собственного опыта, демонстрирующие влияние феноменов ожидания и установки.

3. Вспомните примеры из собственного опыта реализации так называемого «закона парных случаев».

4. Вспомните примеры из личного опыта, демонстрирующие функционирование феноменов адаптации восприятия и перцептивной защиты.

Занятие 7

Тема: Психологические защиты и их место в диагностическом и лечебном процессе. Работа с психологическими защитами.

Цель занятия: Изучение концепции «механизмов психологической защиты», их функций и места в повседневной жизни человека.

КП: психологическая защита; типология психологических защит; основные функции.

Методические указания: Феномен психологических защит впервые был сформулирован Зигмундом Фрейдом в рамках теории психоанализа (с. 59). Он рассматривал их как специальные психологические механизмы, защищающие «эго» (сознательное «Я») от бессознательных потребностей «ИД» (бессознательных желаний, представлений, фантазий, зачастую социально неодобряемых мотиваций), которые по различным причинам запрещаются «суперэго» (принятыми в обществе нормами поведения, моральными принципами, неосознанно воспринимаемыми как обязательные) (с. 63). В последующем концепция психологических защит использовалась практически во всех школах психологии личности (с. 59). В рамках наиболее распространенной в настоящее время гуманистической психологии основной функцией психологической защиты является сохранение необходимого уровня самоуважения. Психологические защиты занимают важное место в повседневном функционировании человека (с. 70). Практически любая форма психического функционирования человека, по мнению Ю.С. Савенко (одного из известных отечественных исследователей МПЗ), может рассматриваться в контексте психологической защиты, с чем трудно не согласиться. Долгое время спорным представлял-

ся вопрос о необходимости или вредности психологических защит (с. 60). Современные представления по этому вопросу занимают компромиссную позицию: можно дискутировать бесконечно, но психологические защиты есть и будут постоянно присутствовать в жизни человека, вне зависимости от всяких дискуссий. Это связано с природой психологической защиты – они помогают конкретному человеку адаптироваться к себе и окружающему миру, а поэтому будут возникать, пока есть потребность в адаптации (с. 70). Следовательно, менее важным становится вопрос относительно психотерапевтической тактики в отношении защит. В рамках гуманистической психологии предполагается лишь необходимость осознания психологических защит и их учет в процессе самоактуализации. Терапевт может вмешиваться лишь в том случае, если есть адекватная, с точки зрения пациента, альтернатива психологическим защитами (с. 61). Классификации психологических защит проводились на основании различных критериев: феноменологии, сложности, частоты использования, ориентации на конкретный уровень адаптации и т.д. Общепринятой классификации, кроме классической, разработанной Анной Фрейд, к настоящему времени не существует (с. 64).

Одним из вариантов типологизации психологических защит (в СССР по известным причинам старались не пользоваться термином З. Фрейда, и они обозначались как механизмы психологической компенсации или адаптации) может быть следующая. В ее основе лежит адаптационный подход (с. 65). Типология включает: механизмы психологической защиты, компенсации, разрядки, а также ряд более сложных адаптационных образований – «адаптационный образ «Я»», «адаптационный образ среды», «адаптационный образ болезни», «адаптационный поведенческий стереотип» (с. 65), подробное рассмотрение которых входит в программу предмета «Медицинская психология».

Основные функции психологических защит с точки зрения гуманистического подхода следующие:

1. Интегрирование личности (с. 61) – заключается в устранении противоречий между отдельными частями личности, что позволяет ей функционировать как единому целому.

2. Получение социального одобрения и сохранение необходимого для личности уровня самоуважения (с. 62). В определенной степени психологические защиты могут обозначаться как самобман с целью предохранения психики от потери самоуважения, осуществляющийся, как правило, на неосознаваемом уровне.

3. Смягчение жесткого контроля социума, предъявление социально одобряемого образа (с. 63).

4. Смягчение отрицательных свойств личности, которые, возможно, отсутствуют в действительности, но сам индивид оценивает их именно таким образом (с. 63).

По мнению большинства исследователей, психологические защиты возникают в тех случаях, когда перед человеком стоят субъективно неразрешимые психологические проблемы (с. 66). Следовательно, можно сказать, что основной функцией психологических защит является снятие с себя ответственности за решение психологических проблем, ответственности, которая в большинстве психотерапевтических школ является основной целью терапии, показателем психологической зрелости и личностного роста (с. 67). В связи с этим психологические защиты, вероятно, нельзя однозначно рассматривать как негативный фактор в жизни человека. Во многом они носят конкретный ситуативный характер и в целом ориентированы на снижение уровня эмоционального напряжения. В тех случаях, когда ситуативно человек не имеет возможности разрешать свои проблемы (с. 60), психологические защиты носят отчетливо позитивный характер.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Групповая дискуссия на тему «Психологическая защита – «ахиллесова пята» или броня?». Привести примеры позитивного и негативного смысла психологических защит.

Упражнение 2.

Ролевая игра с использованием стимульного материала методики Розенцвейга. Работа в парах с последующим обсуждением. Цель упражнения – выявление психологических защитных механизмов, оценка их успешности или неуспешности с точки зрения их основных функций.

Упражнение 3.

Ролевая игра с последующей дискуссией. Моделируют ситуации конфликтного взаимодействия (например, врач – родственники больного, продавец – покупатель и т.п.). Выявляют механизмы психологической защиты. На этом конкретном механизме обсуждают все функции психологических защит.

Анализ личного опыта:

Вспомните примеры из личного опыта функционирования механизмов психологической защиты. Проанализируйте причины, вызвавшие их появление, негативные и позитивные моменты данных механизмов.

Занятие 8

Тема: Психологические защиты и их место в диагностическом и лечебном процессе (продолжение).

Цель занятия: Изучение конкретных механизмов психологической защиты, компенсации и разрядки.

КП: механизмы психологической защиты: отрицание (анозогнозия), вытеснение, проекция, интроекция, изоляция, регрессия, перенесенная агрессия, обесценивание, фантазирование, реактивное образование, рационализация; механизмы компенсации, механизмы разрядки.

Методические указания: Описание классических механизмов психологической защиты дано А. Фрейд (отрицание, подавление, вытеснение, изоляция, реактивное образование и регрессия). Однако описанные ею механизмы выявлялись в рамках психоанализа и носили достаточно специфичный характер. В дальнейшем, использование основного принципа позволило сформулировать ряд дополнительных механизмов вне рамок достаточно сложной и специфичной психоаналитической терминологии. Наиболее часто используемые и выявляемые механизмы следующие: *отрицание* (с. 70), к примеру, отрицание каких-либо фактов или явлений, признание которых болезненно для сознания человека или вызывает эмоциональное напряжение. В ситуации болезни отрицание касается обычно признаков заболевания (в этом случае оно обозначается как *анозогнозия*, где «а» – при-

ставка, означающая отрицание, «нозос» – болезнь, «гнозис» – распознавание). Кроме того, отрицаться могут признаки эмоционально-стрессового реагирования, психологические проблемы, некоторые личностные черты характера и др. Основной целью отрицания является исключение из зоны осознания негативной информации, вызывающей эмоциональное напряжение.

Близким механизмом является *вытеснение*, которое функционирует на более бессознательном уровне и характеризуется вытеснением из зоны сознания фактов, болезненных для психики (с. 72). Вытеснение чаще осуществляется посредством воздействия на память, а не на осознание (как это наблюдается при отрицании).

Проекция и интроекция (с. 72) также являются сходными механизмами, различающимися по направленности защитного функционирования. При *интроекции* внешние характеристики среды воспринимаются как свои собственные (в частности, определенные социальные нормативы), однако при этом они не перерабатываются, а остаются инородными для личности. По образному выражению Фредерика Перлса, «интроект – это проглоченный кусок, но не переваренный».

Проекция (с. 73) понимается большинством исследователей как наделение среды какими-либо личными качествами.

Цель данных механизмов психологической защиты – снижение страха перед средой посредством уменьшения различий между внешним и внутренним миром. При интроекции внутренний мир «подгоняется» под внешний, для проекции же характерен обратный процесс. И в том, и в другом случаях наблюдается растворение индивидуальности, или мир упрощается до уровня собственного понимания.

Частным примером функционирования проекции и интроекции является такой *механизм психической адаптации*, как *гипернормативность* (иногда он обозначается как «сверхнормативность»). При действии данного механизма социальные нормативы без когнитивной переработки воспринимаются как личностные. За счет отказа от индивидуальности происходит «растворение» границ между личностью и социумом.

Изоляция является бессознательным механизмом, направленным на отграничение друг от друга отдельных частей личности (с. 78). Отличие изоляции от психотического расщепления личности при шизофрении, вероятно, заключается именно в цельности функционирования отдельных субличностей, неосведомленности их о существовании других субличностей.

Регрессия – это, вероятно, одно из наиболее архаичных образований (с. 79). На практике наиболее часто встречается такое проявление данного механизма, как инфантилизм, – возврат к детским стереотипам функционирования. Основная роль регрессии – упрощение мира и, соответственно, способов взаимодействия в нем.

Группа следующих механизмов психологической защиты характеризуется функционированием на малоосознаваемом уровне, доходя в отдельных случаях почти до уровня осознания.

Обесценивание, как правило, связано с осознаваемой невозможностью реализации каких-либо потребностей и стремлением к сохранению потребностного уровня самоуважения (с. 80). Чаще всего обесцениванию подвергается среда, гораздо реже – внутренний мир. В последнем случае, как показывают практические наблюдения, резко возрастает вероятность возникновения депрессии и последующего развития психосоматической патологии (т.е. срыв адаптации на биологическом уровне).

Наиболее осознаваемым представляется *механизм рационализации* (с. 82). Целью его так же является сохранение потребностного уровня самоуважения. Практически это проявляется в формировании целой системы самооправданий. При этом далеко не всегда используется обесценивание среды или себя.

Фантазирование, как психологическая защита, признается не всеми психологами (с. 81). Однако в тех случаях, когда фантазирование имеет целью смягчение обстоятельств конкретной ситуации или личностных проблем, его защитный характер неоспорим. Основной целью фантазирования, таким образом, становится изменение действительности на менее негативную и угрожающую.

Реактивное образование в классических описаниях связано с чувством стыда и вины и направлено на снижение этого чув-

ства (с. 82). Именно чувство вины лежит, вероятно, в основе еще одного механизма – *перенесенной агрессии*, вины за формы поведения, которые рассматриваются индивидом как ущемляющие самолюбие, в связи с чем нереализованная агрессия проявляется в других ситуациях.

Механизмы *психологической компенсации* рассматриваются как более осознаваемые способы снижения уровня эмоционального напряжения (с. 83). Основные способы поведенческих проявлений механизмов компенсации – приближение или отдаление.

Механизмы *разрядки* относятся к чисто поведенческим неосознаваемым механизмам, целью которых также является снижение уровня эмоционального напряжения посредством поведенческого отреагирования (с. 84).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Ролевые игры с моделированием различных механизмов психологической защиты в процессе взаимодействия. Последующее обсуждение. Необходимо учитывать, что механизмы психологической защиты, как правило, выделить в чистом виде удается редко, чаще они выступают в вытесненной совокупности и понимание их характера весьма условно и субъективно.

Анализ личного опыта:

Приведите из личного опыта примеры функционирования основных механизмов психологической защиты. Попробуйте четко сформулировать их основную функцию.

Занятие 9

Тема: Память, ее функции, типы и виды.

Цель занятия: Изучить определение, функции, типы и виды памяти.

КП: память; определение, функции, типы памяти; виды памяти (моторная, эмоциональная, символическая).

Методические указания: Определение понятия «память» (с. 85). В отечественной литературе наиболее часто упоминаются три основных функции памяти – фиксация, сохранение и воспроизведение полученной информации. Необходимо отметить,

что за этими функциями сложно понять психологический смысл памяти как психической функции человека. До настоящего времени не составлено однозначных представлений относительно механизмов запоминания, соотношения индивидуального опыта и генетической памяти и т.п. В психологическом плане есть смысл выделять несколько функций памяти: прежде всего, *память сохраняет единство человеческой личности* на протяжении всей жизни. Непрерывность жизненных воспоминаний во многих культурах на бытовом уровне воспринимается как признак психического здоровья. Поэтому эта функция памяти играет важную роль в снижении уровня тревоги за свое психическое «Я».

Другая функция – *сохранение единства личности с окружающим миром*: память связывает человека с миром, с опытом всего человечества (с. 85).

Следующая функция памяти носит более практический характер – она *обеспечивает человеку наиболее привычные, а потому и более ригидные, формы поведения и способы взаимодействия с миром* (с. 86).

При рассмотрении памяти, как психической функции человека, необходимо учитывать один момент – одновременную *субъективность* и *объективность* памяти. Вся информация воспринимается человеком сквозь призму его личности. Одни и те же события реальности по-разному воспринимаются и, следовательно, по-разному запоминаются разными людьми. Воспоминания, таким образом, всегда носят субъективный индивидуальный характер (с. 86). Одновременно практически все события в преломлении отдельной личности являются опытом предыдущих поколений; культура через формирование личности оказывает обязательное влияние на процесс запоминания (с. 86).

В настоящее время выделяют три типа памяти: *сенсорную, кратковременную и долговременную* (с. 87). Их конкретные механизмы пока не уточнены, но важно понять, что эти типы памяти предназначены для своеобразной фильтрации информации, поступающей через анализаторы (с. 87). При этом функционирование первых двух типов (сенсорной и кратковременной памяти), вероятно, тесно связано с функционированием восприятия на субсен-

сорном уровне (см. гл. 3, с. 55). В связи с этим исследования в области кратковременной сенсорной памяти во многом сталкиваются с функционированием бессознательного в психике человека.

В отношении долговременной памяти (с. 89) в настоящее время существует ряд предположений относительно объема и длительности хранения информации, в том числе гипотеза о голографическом строении человеческой памяти. Суть ее звучит приблизительно так: память каждого человека хранит практически безграничное количество информации, включая опыт всего человечества. Вопрос лишь в изыскании способов извлечения информации. Ряд примеров свидетельствует, что в экспериментальных условиях (черепно-мозговая травма, инфекционная интоксикация головного мозга и др.) воспроизводилась информация, явно не имевшая места в практическом опыте конкретного человека.

Виды памяти выделяются различными авторами по-разному (с. 89). Наиболее значимыми представляются *моторная*, *эмоциональная* и *символическая* память (с. 89–90). Последнюю иногда еще называют *смысловой* памятью.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Демонстрация феномена Эббингауза в кратковременной памяти на запоминание 7 ± 2 единиц объема информации. Студенты самостоятельно выбирают стимульный материал и затем проводят опыт с последующим обсуждением результатов.

Упражнение 2.

Обучение методике Лурия для исследования кратковременной памяти. Используются десять одно-, двухсложных слов, часто встречаемых, чередующих предметные и образные существительные. Например: снег, слово, стул, слава, собака, совесть, спички, салат, сумерки, судьба. Испытуемому из числа добровольцев, считающих недостаточно развитой свою кратковременную память, дважды предъявляется стимульный материал. После этого он в любом порядке называет слова. Экспериментатор тщательно записывает их. Воспроизведение (после двух предъявлений) 6–8 слов считается нормой. После этого приблизительно

в течение 10–20 минут проводится отвлечение. Вновь просят испытуемого воспроизвести в любом порядке предъявленные слова. Воспроизведение 4–6 слов считается нормой.

Анализ личного опыта:

1. Вспомните, какими способами вы пользовались для запоминания материала.

2. Вспомните события своего последнего дня рождения. Затем попытайтесь вспомнить детали (одежду, погоду, краски, ощущения и др.) в этот день. Проанализируйте взаимосвязь воспроизведенной информации по объему с детализацией ситуации.

Занятие 10

Тема: Основные закономерности мнестических процессов.

Цель занятия: Изучить основные закономерности процесса сохранения информации.

КП: кодировка информации; факторы перехода в долговременную память; проблема забывания.

Методические указания: Несмотря на предположение о том, что наша память носит фотографический характер, в повседневности постоянно приходится сталкиваться с проблемой ограничения доступа к информации. Как правило, информация хранится в памяти в закодированном виде (с. 90). Способы кодирования носят индивидуальный характер и зависят от ряда факторов: пола, возраста, преобладающей репрезентативной системы. Последнее означает предпочтение человека воспринимать информацию через какой-нибудь анализатор – зрительный, слуховой или кинестетический (с. 91). Наконец, необходимо отметить, что существует несколько предпочитаемых способов хранения информации: *смысловая память* (информация связана с ее семантическим содержанием); *эмоциональная память* (запоминаются основные эмоциональные реакции, связанные с информацией); *ассоциативная память* (фиксируются ассоциации, связанные с запоминаемой информацией). При этом ассоциации могут носить крайне причудливый характер (известный комический пример кодирования информации в женской записной телефонной книжке) (с. 91).

Считается, что хранение информации в течение определенного времени и способность к извлечению в последующем связаны с переходом ее в долговременную память (как отмечалось неоднократно, предполагается, что вся информация, начиная с сенсорного уровня, хранится в памяти вечно). До настоящего времени в связи с этим пользуются термином «запоминание». Процесс запоминания зависит от ряда обстоятельств – функционального состояния организма, функционального состояния анализатора, природных задатков и др.

В психологическом плане одним из наиболее значимых факторов запоминания (с. 92) является *повторяемость* (порой пожилые люди поражают детальными воспоминаниями событий многолетней давности). Однако существует закон Рибо–Джексона, согласно которому забывание или стирание информации происходит в порядке, обратном записыванию. Поэтому эти люди, вероятно, уже не помнят, что с ними происходило неделю назад, однако события многолетней давности они вспоминают бесконечное число раз.

Следующий фактор – *мотивация на запоминание*. Во многом – это субъективный и ситуативный фактор (насколько важно запомнить телефонный номер любимой девушки, настолько быстро он забывается после того, как она перестала быть таковой).

Тесно связана с предыдущим фактором *эмоциональная значимость информации*. При этом знак эмоциональной реакции большой роли не играет: важно, чтобы информация не была эмоционально нейтральной.

Еще один фактор – *ассоциативность информации*: чем больше формируется ассоциаций в связи с запоминаемым материалом, тем больше вероятность сохранения данной информации.

Не менее важно *запоминание информации в контексте*, когда информация запоминается в обрамлении той ситуации, в которой это происходило (с. 92). При необходимости восстанавливается весь гештальт и тогда извлечение информации менее затруднительно. Однако данный фактор имеет и свои недостатки, поскольку часто всплывает масса ненужной информации (например, показания женщины-свидетельницы правонарушения). Для

запоминания большое значение имеет структурированность материала, поэтому стихотворная форма запоминается гораздо легче, чем проза. Наконец, одним из факторов запоминания является функционирование так называемого *феномена забывания*.

Термин «забывание» так же, как и «запоминание», не является научным, но его использование удобно из чисто практических соображений. Существуют различные предположения относительно забывания. Самое простое, что это – стирание информации. Другая версия: забывание – это невозможность извлечения информации в силу различных причин. Предполагается несколько факторов, обуславливающих забывание: отсутствие мотивации на извлечение информации, функционирование механизмов психологической защиты, возрастные изменения в головном мозге (с. 94–95). В практической деятельности врача названные факторы запоминания и забывания следует учитывать, прежде всего, в процессе сбора анамнеза (с. 96).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Кодировка информации и формирование ассоциативных взаимосвязей. Последующее обсуждение способов кодировки.

Упражнение 2.

Студента-добровольца вводят в состояние транса. Предварительно его просят вспомнить какие-либо события из личной жизни. В состоянии транса студент вновь вспоминает это событие. Анализируют влияние трансового состояния на объем вспоминаемой информации. Обсуждается вопрос о способах преодоления феномена забывания как механизма психологической защиты, возможности использования трансовых техник, как ключа доступа к информации.

Анализ личного опыта:

1. Попробуйте вначале вспомнить какую-либо информацию, а затем, используя факторы запоминания (ассоциации, запоминания в контексте, эмоциональную значимость, мотивации), вновь воспроизвести ее. Сравните полноту воспоминаний.

2. Используя факторы запоминания, попробуйте поработать с учебным материалом (задание на дом по какому-либо предмету).

Занятие 11

Тема: Мышление.

Цель: Общая характеристика мышления.

КП: мышление, определение, теории развития; понятие, виды понятий; ассоциация, типы ассоциаций; мыслительные операции; суждение; умозаключение.

Методические указания: Мышление является эволюционно более сложной формой процесса психического отражения. Чувственное отражение предполагает возникновение в сознании качественно своеобразного (в зависимости от типа анализатора) образа непосредственно воздействующего объекта. Оперирование воспринятыми образами и познание того, что чувственному восприятию не доступно, обеспечивается уже совершенно иными механизмами, носящими название мышления. Образы чувственного познания становятся материалом, с помощью которого осуществляется мышление.

В мышлении принято различать *содержательные компоненты*, каковыми являются представления и понятия, и *операционные (операциональные) компоненты* (или иначе – систему мыслительных операций). *Представление* всегда есть образ (совокупность всех присущих явлению признаков). *Понятие* же возникает как результат обобщенного отражения, т.е. включает в себя характеристику общих, существенных признаков группы сходных явлений (см. с. 100). Оно неизбежно порождает необходимость введения *символики*. Появляются слова, выражающие определенные понятия, и абстрактно-логическое мышление (см. связь речи и мышления, с. 117). Понятия не равноценны с позиции принципов, положенных в основу их формирования (см. с. 101–102). Процесс связывания понятий и представлений носит название ассоциативного. *Ассоциации* образуются по: а) сходству; б) контрасту; в) смежности; г) созвучию; д) смыслу.

Возвращаясь к определению категории «понятие», нетрудно заметить оперирование терминами «обобщенный», «существенный», «сходный», подчеркивающими включенность уже на этапе формирования понятий операциональных компонентов (связь

структурных и операциональных компонентов мышления – обобщения, анализа, сравнения и др.). Полную характеристику операциональных компонентов – мыслительных операций (см. с. 103–104). Мысль, выражающая связь понятий, носит название *суждения* (понятие + понятие = суждение, см. с. 103). В результате оперирования суждениями возникают *умозаключения*.

Таким образом, мышление – опосредованное, обобщенное отражение действительности человеком в ее существенных связях и отношениях, т.е. основной психический процесс, обеспечивающий познание сущности явлений человеческой жизни и упорядочивание, структурирование картины мира человеком (см. также определение мышления на с. 97; теории развития когнитивных процессов на с. 112–115).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Выберите правильный ответ:

1. В случае, если понятие определяется двумя атрибутами, то это:

- а) дизъюнктивное понятие;
- б) простое понятие;
- в) формирующееся понятие;
- г) все ответы неверны.

2. Согласно бихевиористским концепциям развития познавательных функций:

- а) мысль – это внутренний диалог;
- б) речь – это мысль, высказанная вслух;
- в) мыслям всегда сопутствуют неявные движения;
- г) все ответы верны.

3. В области развития мышления когнитивистская концепция Брунера придает особое значение:

- а) двигательной активности;
- б) мысленным образам;
- в) речи;
- г) все ответы верны.

4. Согласно Ж. Пиаже, развитие мышления связано, главным образом, с:

- а) развитием речи;
- б) взаимодействием организма и окружающей среды;
- в) угасанием процесса ассимиляции;
- г) все ответы неверны.

5. Стадия формальных операций:

- а) достигается всеми в возрасте от 14 до 15 лет;
- б) характеризуется формулировкой гипотез и выводов;
- в) характеризуется развитием субъективного мышления;
- г) все ответы верны.

Упражнение 2.

Произведите обобщение и ограничение следующих понятий: страх, диаметр, эпитет, торможение, река, ямб, роман, психология, студент, Бишкек, психический процесс, просьба, надежда, карта, движение, приставка, пьеса, буква, часть света, делимость, звук. При выполнении задания заданное понятие запишите посреди строки, слева запишите обобщающее понятие, справа – ограничивающее, например, чувство – страх – панический страх.

Упражнение 3.

«Анализ отношений понятий». В знаменателе первой дроби отметьте понятие, которое находится в таком же отношении к понятию числителя, что и во второй дроби.

Школа / обучение; больница / ?	Доктор, ученик, учреждение, лечение, больной
Песня / глухой; картина / ?	Хромой, слепой, художник, рисунок, больной
Нож / сталь; стол / ?	Вилка, дерево, стул, пища, скатерть
Рыба / сеть; муха / ?	Решето, комар, комната, жужжать, паутина
Птица / гнездо; человек / ?	Люди, птенец, рабочий, зверь, дом
Нога / сапог; рука / ?	Калоши, кулак, перчатка, палец, кисть
Вода / жажда; пища / ?	Пить, голод, хлеб, рот, еда
Бежать / стоять; кричать / ?	Молчать, ползать, шуметь, звать, плакать
Утро / ночь; зима / ?	Мороз, день, январь, осень, сани

Упражнение 4.

1. «Лживый критянин». Один критянин сказал, что все критяне лгут. Что же он – солгал или сказал правду? Если он сказал правду, то, значит, все критяне действительно лгут и, так как он тоже критянин, то и он солгал. Значит, неверно, что критяне лгут, значит, он тоже не лжет, значит, он сказал правду, а раз так, то верно, что все критяне лгут, и т.д. Итак, что же – солгал он или сказал правду?

2. «Люди имеют рога». То, что мы потеряли, того мы не имеем. Не правда ли? То, чего мы не потеряли, то мы имеем. Не так ли? Рогов мы не теряли? Значит, мы их имеем. Если это рассуждение неверно, то укажите в чем. (*Примечание:* Можно использовать любые доступные методики исследования мыслительных процессов).

Упражнение 5.

Обозначьте ряд понятий и попытайтесь их типологизировать (конъюнктивное, дизъюнктивное, соотносительное).

Анализ личного опыта:

Выберите несколько понятий. Попытайтесь их охарактеризовать. Попросите сделать то же несколько своих друзей (или людей, интеллектуальный уровень которых вы оцениваете по-разному).

Сравните определения. В чем их преимущества или слабые стороны по сравнению с вашими? Как вы могли бы использовать полученные сведения для усовершенствования собственного мышления?

Занятие 12

Тема: Мышление (продолжение).

Цель занятия: Рассмотреть мышление как процесс решения логической задачи. Получить навыки решения логических задач.

КП: логическая задача, этапы решения логической задачи; когнитивные стратегии; качества ума; врачебное мышление, требования; врачебный диагноз.

Методические указания: Мышление человека всегда имеет целенаправленный, произвольный характер. Любой акт мышле-

ния направлен на решение определенной мыслительной задачи, поиск ответа на вопрос, возникающий в той или иной проблемной ситуации. В зависимости от содержания решаемой задачи принято выделять три вида мышления: практически-действенное, наглядно-образное, словесно-логическое.

Практически-действенное мышление характеризуется тем, что мыслительная задача решается непосредственно в процессе деятельности. При *наглядно-образном мышлении* имеет место оперирование образным материалом. *Словесно-логическое* предполагает оперирование отвлеченными понятиями, зачастую вообще не имеющими прямого образного выражения, и, следовательно, осуществляется в словесной форме. Однако, необходимо иметь в виду, что в реальности все эти виды мышления неразрывно связаны.

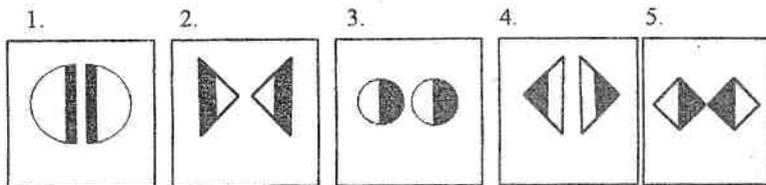
Большинство исследователей единодушно в выделении основных этапов решения проблемной задачи (с. 105–108). Успешность процесса решения, как правило, определяется точностью формулировки вопроса и выбором стратегии решения, оправданной ситуативно (характеристику когнитивных стратегий см. на с. 110–111).

Вместе с тем, опыт человека в той или иной области, интеллектуальные особенности личности накладывают существенный отпечаток на качество решения когнитивных задач и саму вероятность постановки проблемных вопросов, часто определяя выбор стратегии. В этой связи для оценки индивидуальных особенностей интеллектуальной деятельности вводится такое понятие, как «качество ума». Последнее характеризуется с позиции сочетания и уровня развития различных видов мышления, сочетания в мышлении содержательных и операционных структур (с. 116), а также таких характеристик, как глубина, широта, гибкость, критичность и самостоятельность мышления (требования к врачебному мышлению и наиболее оправданные в условиях медицинской практики когнитивные стратегии изложены на с. 112).

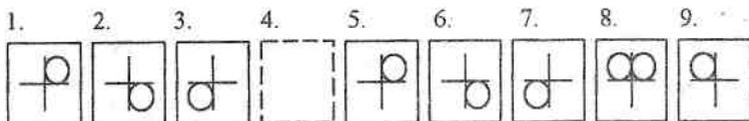
Практическая часть:

Задача 1.

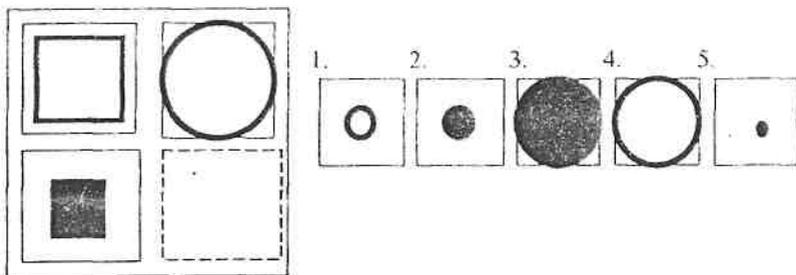
1. Какой из этих рисунков отличается от четырех остальных?



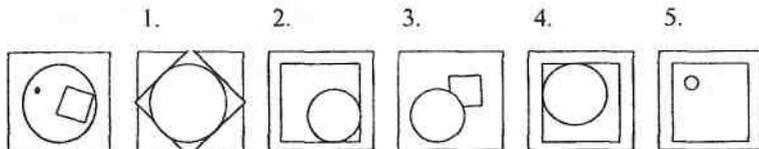
2. Какой из пяти рисунков, расположенных справа, следует расположить после трех левых рисунков (в пустом квадрате)?



3. Каким из рисунков, расположенных справа, следует дополнить левый квадрат?



4. В левом рисунке точка расположена внутри круга, но снаружи от квадрата. В каком из пяти правых рисунков точку тоже можно было бы расположить вне квадрата и внутри круга?



Задача 2.

От города А до города Б – 120 км. Из города А вышел поезд по направлению к городу Б и шел без остановки со скоростью 30 км в час. В то же самое время из города Б по направлению к городу А вылетела ласточка, летевшая со скоростью 60 км в час. Она долетела до поезда, повернула обратно и полетела в город Б. Долетев до города Б, она снова повернула по направлению к поезду и, долетев до него, опять повернула к городу Б и т.д. Так она летала навстречу поезду и обратно, пока поезд не прибыл в город Б. Сколько километров пролетела ласточка?

Задача 3.

Среди звезд психологии фигурируют такие имена, как Вундт, Уотсон, Пиаже, Фрейд и Бине. Студент, изучающий психологию, перепутал сведения об этих ученых, в частности, даты их рождения и смерти, названия их главных трудов и даты их опубликования.

Приводим эти сведения, расположенные в хронологическом (даты) или алфавитном (названия трудов) порядке.

Годы жизни: 1832–1920, 1856–1939, 1857–1911, 1878–1958, 1896–1980.

Труды: «Бихевиоризм», «Введение в психоанализ». «Психология интеллекта», «Экспериментальное исследование интеллекта», «Элементы физиологической психологии».

Даты опубликования: 1873, 1903, 1916, 1924, 1947.

Попробуйте соотнести ученых со сведениями о них и заполнить приведенную ниже таблицу, учитывая следующее:

1. Пиаже, опубликовавший свой труд в 1947 году, прожил на 30 лет дольше, чем автор «Экспериментального исследования интеллекта», причем этот последний труд не принадлежит Вундту.

2. «Введение в психоанализ» Фрейда не было опубликовано в 1903 году.

3. «Элементы физиологической психологии» были опубликованы в 1873 году. Автор этого труда прожил на четыре года больше, чем тот ученый, который умер позже всех.

4. Автор «Психологии интеллекта» родился на 18 лет позже Уотсона и опубликовал свой труд на 23 года позже Уотсона.

	Бине	Фрейд	Пиаже	Уотсон	Вундт
Годы рождения и смерти					
Название труда					
Год публикации					

Задача 4.

Рольевая игра. Задается проблемная ситуация. Поиск решения психологической задачи с предварительным формулированием цели. Отслеживаются логические цепочки, их эффективность.

Задача 5.

Выберите правильный ответ:

1. При решении проблемы этап подготовки:
 - а) первый этап в процессе решения;
 - б) может занимать несколько дней;
 - в) позволяет собрать всю информацию, относящуюся к проблеме;
 - г) все ответы верны.
2. Когда мы находим решение проблемы «наугад», то это:
 - а) результат случайного перебора;
 - б) стратегия проб и ошибок;
 - в) часто приводит к неприятным последствиям;
 - г) все ответы верны.
3. Из всех стратегий мышления систематический перебор:
 - а) наиболее утомителен;
 - б) является наиболее строгим методом;
 - в) реже всего используется;
 - г) все ответы верны.

Анализ личного опыта:

1. Вспомните ситуации, когда кто-либо жаловался вам на неприятности, говорил о проблеме и т.п. Какие из ваших аргументов оказались эффективными, почему? Какой когнитивной стратегией вы воспользовались?

2. Какой стиль решения проблем наиболее вам присущ? Какими особенностями вашего мышления он определяется?

3. Вспомните ситуацию, когда вам не удалось справиться с какой-либо задачей (математической, тактической, психологической). Проанализируйте причины неудач. Понимали ли вы,

в чем заключалась задача, какая цель перед вами стояла, сумели ли вы оценить информацию, которой располагали, понимали ли, какую информацию необходимо было добыть? Какой стратегией вы воспользовались при решении и почему? Действовали ли вы творчески или шли по пути аналогии, «метода тыка»? На каком шаге была допущена ошибка?

Занятие 13

Тема: Речь.

Цель занятия: Рассмотреть понятие «речь», функции и виды речи.

КП: семиотическая система; язык; паралингвистика; речь; функции речи; центр Вернике; центр Брока.

Методические указания: Говоря о понятии «речь», важно четко отличать его от понятия «язык», тесно с ним связанного. Язык – знаковая (семиотическая) система (одна из возможных), включающая слова с их значениями (отношение слова к обозначаемому в реальной действительности объекту независимо оттого, какой образ представляет его в сознании) и синтаксис (набор правил, по которым строятся предложения). Средствами, из которых складывается языковое сообщение, являются *фонемы* (звуки – устная речь) и *графемы* (графические знаки – письменная речь). Из этих социально отработанных звуков и графических знаков строятся *слова* и *предложения*. Грамматические категории языка сочетаются с логическими. Логические категории (понятия) являются общечеловеческими и выступают носителями человеческого опыта и знаний о мире. Выражение логических категорий через соответствующие грамматические построения специфично для каждого языка. При переводе с одного языка на другой мысль остается инвариантной, а языковые средства выражения изменяются. В отличие от понятия, которое имеет строго определенное содержание, слово, выражающее понятие, ассоциируется в языке с различными значениями и свою определенность приобретает в контексте фразы, равно как и ситуации в целом. Таким образом, каждый язык обязательно включает три составляющие: *звуки, синтаксис, семантику* (с. 121).

В строгом смысле слова, речь – процесс общения посредством языка. Существует и целый пласт иных коммуникативных составляющих, относящихся, как и язык, к семиотическим системам, носящим название паралингвистических (с. 125–128). Эквивалент термина речь – выражение «вербальное поведение». Развитие речи имеет ряд закономерностей. Первая – развитие фонематического слуха с формированием навыков произнесения фонем соответствующего языка. Развитие фонематического слуха и моторных компонентов речевой функции протекает интенсивно до подросткового возраста и связано с индивидуальной особенностью сенсорных процессов и их развитием. Вторая – овладение словарным запасом и правилами синтаксиса, начинается со второго года жизни ребенка. К семи годам в целом заканчивается практическое овладение лексическими и синтаксическими правилами устной речи. Далее эти процессы совершенствуются на основе овладения речью и расширения рамок представлений. Третья закономерность – овладение семантикой языка (смысловой стороной). Овладение семантикой – процесс, параллельный овладению словарным запасом и синтаксическими навыками, но более интенсивный в подростковом и юношеском возрасте. Одна из интересных концепций научения языку принадлежит Б. Скиннеру (с. 159; функции речи подробно изложены на с. 118–123).

В психологии различают две формы речи: внешнюю и внутреннюю. *Внешняя речь* включает устную (диалогическую и монологическую) и письменную. *Внутренняя* подразделяется на собственно внутреннюю речь и внутреннее проговаривание. Собственно внутренняя речь отличается по структуре от внешней: она «свернута», в ней опускается большинство второстепенных членов предложения, часто гласные звуки, нередко остается какое-либо одно слово, являющееся центром мысли, вокруг которого группируются образы, либо происходит «сворачивание» речи до неосознаваемых кинестетических ощущений. Внутреннее проговаривание совпадает по структуре с внешней речью. Переход от внутренней к внешней речи может быть сопряжен с трудностями, поскольку требует перехода от свернутых мыслей к развернутым грамматическим и логическим формам, до-

ступным пониманию других. Следует учитывать, что при необходимости устных или письменных сообщений может оказаться недостаточно мысленного структурирования, и сообщение будет грешить издержками. С момента открытия двух функционально различных зон коры, ответственных за речевую функцию, выделяют *сенсорную* и *моторную речь*. Первая обеспечивается *центром Вернике*. При его поражении больной слышит слова, но не понимает их смысла. Моторная речь больше относится к *центру Брока*, поражение которого влечет за собой нарушение речевой моторики при сохранности понимания речи.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Студентам предлагают написать небольшие сочинения на произвольную тему (5–10 минут), либо тему задает преподаватель. С согласия аудитории сочинения последовательно зачитывают без указания принадлежности. Предлагается установить авторство с учетом стилистики (особенности лексики, речевых оборотов, мышления, круга ассоциаций ...). Обсуждаются значимые маркеры.

Упражнение 2.

«Разговор через звуконепроницаемое стекло». Студенты произвольно разбиваются на пары. Задание: договориться о чем-либо, не прибегая к помощи вербализаций. Затем анализируют привычность и непривычность заданной формы общения, плюсы и трудности.

Упражнение 3.

«Сила языка». В парах необходимо поочередно высказать партнеру три реплики, где основная структура фразы остается неизменной, а меняется лишь модальный оператор («Я должен...», «Я могу...», «Я хочу...»). Обратить внимание следует на чувства, которыми сопровождается каждая из реплик. Анализируется мотивационная направленность реплик в зависимости от их структуры, ее возможный защитный характер¹.

¹Примечание: упражнение можно использовать также при рассмотрении темы «Мотивация и потребности».

Упражнение 4.

Группу разбивают на пары. Предлагают тему для беседы. Возможен произвольный выбор тем в парах. Внимание акцентируют на необходимости пристального отслеживания речевых оборотов собеседника, анализа смысловой стороны высказываний, поиска вариантов формулирования собственных реплик, вопросов с тем, чтобы добиться однозначности понимания и предельной конкретности высказываний. Анализируют слова, наиболее неопределенные, оторванные от чувственного опыта.

Упражнение 5.

Пара добровольцев в кругу. Группа вокруг в роли экспертов. Задается тема беседы, возможно воссоздание ситуации «врач – больной».

Упражнение аналогично упражнению 4, с той разницей, что эксперты оценивают коммуникацию с позиции эффективности. Проводится сравнительный анализ удач, трудностей и факторов, их обуславливающих.

Анализ личного опыта:

1. Оцените ответы студентов группы в ходе занятия с позиции их информативности, выразительности (экспрессивности), однозначности, функционирования психологических защит.

2. Попросите окружающих вас людей подумать о чем-либо (одном и том же), а затем опросите, как они об этом думали (что-либо представляли, слышали, почувствовали?). Что вы узнали для себя из этого эксперимента? Какие чувства испытали?

3. Попросите разных людей описать одно и то же состояние (тревога, депрессия, влюбленность...). Послушайте, какой смысл они вкладывают в предложенные вами слова, о чем они говорят? Какой опыт стоит для каждого из них за одним и тем же словом? Что вы узнали из этого эксперимента?

Занятие 14

Тема: Речь (продолжение).

Цель занятия: Рассмотрение речи в системе коммуникации, трудностей вербального общения, путей преодоления.

КП: речевые феномены, диагностика, утилизация; алекситимия; паралингвистика; конгруэнтность.

Методические указания: Грамматические структуры языка несут в себе информацию об отношении говорящего, но эта информация не всегда однозначна. Если быть внимательным к грамматическому строю фразы, часто можно разглядеть второй план, который подчас является решающим, несет основную смысловую нагрузку (с. 122–123). Высказывание может обрести разный смысл в контексте ситуации (с. 124–125). Внимание к оговоркам позволяет получить представление о скрытых мотивациях, малоосознаваемых процессах в человеческой психике (с. 125). Человек может оперировать словами, которые мало отражают содержание его мыслей или переживаний из-за осознанного стремления скрыть их. Но может и неверно идентифицировать переживания – либо в силу неправильного научения (случайное оперирование соответствующими терминами), либо из-за нормативных запретов. Кроме того, нельзя не учитывать феномен алекситимии (как культуральной, так и защитной), когда человек просто не способен адекватно говорить о своих переживаниях. Вспомните явление перцептивной защиты: слово способно влиять на порог чувствительности анализатора, уровень осознания информации. Уже сам характер вербализации является как бы способом маркировки информации, тем самым создавая условия для искажений на уровне стереотипов восприятия. Оперирование словарем других людей и, следовательно, привязка их оценок к определенным ситуациям может приводить к формированию установки на восприятие (с. 118). Восприятие может быть искажено самой структурой языка: существуют языки, сам грамматический строй которых вынуждает говорящего при упоминании какого-либо явления невольно осуществлять привязку определенных качеств (уважаемый, лысый, низкорослый и проч.), тем самым вынуждая думать об этих качествах (равно как и задавать ракурс восприятия слушателя), независимо от отношения к этой информации. От информационного смысла слова и сопряженного с ним эмоционального контекста будет зависеть: запомнится ли информация, вызовет ли оживление защит. Существуют

слова-омонимы (одинаковые по звучанию или написанию, но обозначающие разные понятия) и *слова-паронимы* (сходные по звучанию, но разные по смыслу), употребление которых способствует появлению *грамматической множественности смыслов*. Последняя часто возникает также вследствие умелого использования речевых пауз, варьирования интонации (с. 127). Незнание и неумение обнаружить эти речевые феномены часто влекут за собой ложную ориентацию при коммуникации, не позволяют быть конгруэнтным. Положение более усложняется, когда вербальные коммуникативные маркеры смысла (слова) приходят в противоречие с паравербальными (интонационными, мимическими, жестикуляцией, пантомимикой). Речь отражает особенности, в том числе, и ошибки суждений. Изменение структуры фразы, лексики, владение фонетической культурой может стать фактором, позволяющим эффективно воздействовать на организацию собственной и чужой психики.

Таким образом, знание психологических эффектов слова, соотнесение всех составляющих общения, обнаружение несоответствий знаковых систем дают отчетливое представление о происходящем, позволяют диагностировать поведенческие игры (с. 122–123), осознаваемое и неосознанное, защитное и проблемное.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Аудиторию знакомят с каким-либо объектом, материалом (картина, рассказ, стихотворение, поделка, незнакомый человек), предварительно дав ему положительную или отрицательную оценку в утрированной форме (сам преподаватель либо лицо по предварительной договоренности). Затем происходит обмен впечатлениями с установлением возможной зависимости впечатления от инструктивной установки (много ли конформных мнений). Определяют, что оказало решающее воздействие, на какой фазе восприятия? Можно задание усложнить, предваряя демонстрацию предъявлением мнений двух–трех экспертов с противоречивой позицией (иллюстрация зависимости восприятия от вербальной установки).

Упражнение 2.

«Ассоциативный эксперимент». Предъявляется набор из 20 слов, среди которых должны присутствовать заведомо эмоционально значимые и нейтральные. Предлагается отвечать первым пришедшим в голову словом-ассоциацией. Отслеживается время ответа по секундомеру (ненавязчиво, без афиширования). Анализируется профиль реагирования, по которому группа определяет эмоционально значимые слова (влияние речи на варьирование порога восприятия). Устанавливается круг ассоциаций. На этой основе, с согласия испытуемого, выдвигаются гипотезы проблем, доминирующих идей.

Упражнение 3.

«Ролевая игра» любой тематики. Вызывают добровольцев, за спинами которых находятся двойники. Предпринимают попытку считывания контекста реплик. Анализ: насколько удачно, в опоре на какие признаки?

Анализ личного опыта:

1. Вспомните и проанализируйте ситуации общения, когда понимание смысла высказываний оказывалось для вас затруднительным. Чем, на ваш взгляд, это было обусловлено? Как вы решали для себя эту проблему? Оценка каких дополнительных проявлений собеседника имела для вас в этом случае решающее значение?

2. Случались ли в вашем опыте ситуации, когда возникали недоразумения из-за превратного понимания реплик, просьб, указаний и проч.? Попытайтесь вспомнить (если получится), как дословно звучали реплики и как они были вами услышаны? Отсутствовали ли в реплике значимые уточнения, или решающую роль сыграла избирательность вашего восприятия?

Занятие 15

Тема: Мотивация и потребности.

Цель занятия: Общая характеристика мотивационных процессов.

КП: потребности; мотивация; теории мотиваций; фрустрация.

Термин *мотивация* используют как понятие для обозначения всей совокупности психических процессов, побуждающих и направляющих поведение (с. 129). Мотивация не отвечает на вопрос: «как организовано поведение», что больше связано с понятием «научение», но раскрывает вопрос «почему», т.е. характеризует стратегическую направленность поведения на жизненно важные цели. Мотивы человеческой деятельности являются отражением и проявлением потребностей, которые, в свою очередь, могут быть биологическими и социальными (с. 132–134). При рассмотрении эмоций указывалось на тесную взаимосвязь их с потребностями организма. Эмоция уже в себе самой включает влечение, стремление (страдание – желание избавиться от него и т.п.). Желание появляется по мере возрастания потребности и, соответственно, увеличения степени ее осознанности. Таким образом, желание рассматривается как потребность осознанная. Но это еще не мотивация. Мотивация возникает, когда эмоция начинает организовывать поведение на достижение вполне определенной цели (эмоция + направленность действий). Основными характеристиками мотивов являются их сила и устойчивость.

Вместе с тем, было бы ошибочно абсолютизировать роль сознания в процессах мотивации. В настоящее время уже не вызывает возражений факт существования особого уровня мотивации, содержащего влечения не только неосознаваемые, но даже активно отвергаемые (положение, разрабатываемое, главным образом, психоаналитической психологией). В современной психологии различные аспекты мотивационных процессов широко используются в рамках проблем фрустрации, защитных механизмов, принятия решений (наиболее признанные теории мотивации изложены на с. 129–132).

Своеобразие иерархизированных мотивов характеризует мотивационную сферу личности, совокупность устойчивых мотивов – ее направленность. Последние характеристики имеют важное практическое значение и позволяют прогнозировать наиболее вероятные для конкретного человека формы поведения в конкретных ситуациях. Блокирование потребности, так же, как и ситуация мотивационного конфликта (когда сталкиваются

равные по значимости и силе мотивации), становятся источником хронического эмоционального стресса и ряда психосоматических расстройств. Существуют исследования, показывающие зависимость качеств деятельности человека в условиях фрустрации от силы потребности. При средней силе потребности отрицательные эмоции, связанные с неуспехом, чаще способствуют повышению качества деятельности, вызывая увеличение усилий и улучшение познавательных процессов. При очень сильной потребности, равно как и слабой, наблюдается снижение качества познавательных процессов (с. 33), т.е. устойчивость человека к действию эмоциогенных раздражителей зависит от того, насколько он заинтересован в результатах своей деятельности (см. тему «Стресс»).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Заполните пробелы:

1. Состояние равновесия, в котором находится организм, когда он не испытывает никаких потребностей, называется _____.
2. Раздражение, вызываемое объектами внешнего мира, играет роль _____.
3. _____ уровень активации зависит от состояния _____ данного человека в данный момент.
4. Согласно _____ теориям мотивации, наш организм всегда подвергается активирующим воздействиям.
5. Удовлетворение потребности чаще всего приводит к _____ внутренней мотивации.
6. Разрушение центра _____ в гипоталамусе приводит к тому, что животное все время ест и не может остановиться.
7. Когда задержка воды _____ уже не может устранить ее дефицит, происходит возбуждение особого центра в _____, что и побуждает к поиску питья.
8. Реакция на боль, по-видимому, в большой степени определяется индивидуальным _____ в самом начале жизни.

9. По-видимому, у людей _____ взяла над «инстинктом материнства».

Упражнение 2.

Выберите правильный ответ:

1. Первичное импульсивное состояние (биологическое состояние):

- а) вызывает гомеостатическое поведение;
- б) лежит в основе первичных потребностей;
- в) возникает при любом нарушении равновесия в организме;
- г) все ответы верны.

2. Гомеостаз – это:

- а) неуравновешенное состояние организма;
- б) уменьшение импульсивного состояния;
- в) поддержание оптимального уровня активации;
- г) ни один из ответов не верен.

3. Поиски стимулов называются:

- а) слишком низким уровнем активации;
- б) слишком высоким уровнем активации;
- в) оптимальным уровнем активации;
- г) все ответы верны.

4. Теория оптимальной активации позволяет объяснить:

- а) причину того или иного поведения;
- б) его направленность;
- в) выбор формы поведения;
- г) ни один из ответов не верен.

5. Центр голода:

- а) находится в коре головного мозга;
- б) называется также центром насыщения;
- в) при своем возбуждении подавляет потребность в пище;
- г) ни один ответ не верен.

6. Стремление утолить жажду наступает:

- а) как только нарушается водный баланс организма;
- б) в результате воздействия определенного гормона на почки;
- в) при неспособности почек справиться с дефицитом жидкости;
- г) ни один ответ не верен.

7. Стремление избежать боли:

- а) является врожденным;
- б) возникает автоматически в результате повреждения ткани;
- в) провоцируется секрецией эндорфинов;
- г) зависит от первого жизненного опыта новорожденного.

8. Проявление сексуального поведения:

- а) строго управляются внутренними механизмами;
- б) определяются культурой;
- в) относительно сходны в различных культурах;
- г) мало видоизменяются в многочисленных культурах.

9. Материнский инстинкт:

- а) еще очень распространен у людей;
- б) свойствен всем приматам, за исключением человека;
- в) не существует у людей больше в полном смысле;
- г) ни один из ответов не верен.

10. По мнению Маслоу, потребность в самореализации проявляется:

- а) одновременно с другими потребностями;
- б) у людей, стремящихся к самоуважению;
- в) у большинства людей;
- г) ни один из ответов не верен.

Упражнение 3.

«Картинки ТАТ». Группе предлагают составить короткий рассказ по одной из картинок (одна для всей группы), отразив следующие положения:

- 1) Что происходит, кто изображен на картинке?
- 2) Как возникла данная ситуация, т.е. что произошло в прошлом?
- 3) Каковы чувства и желания действующих лиц?
- 4) Что сейчас произойдет, что будут делать участники сцены?

По выполнению задания отслеживается влияние установки пишущих рассказ на восприятие и описание ситуации, проводится анализ мотивов поведения персонажей картинки с позиции данного описания.

Упражнение 4.

«Горячий стул». Доброволец находится за кругом. Все участники группы высказываются в адрес человека за кругом (желательнее даже произвольность высказываний, т.е. инструкция расплывчата). По окончании – вскрытие мотивов высказываний, их подлинности (т.е. возможной двойственности).

Упражнение 5.

Группе предлагают любой из известных преподавателю текстов на исследование конкретных видов мотивации. Проводят анализ и интерпретацию данных.

Упражнение 6.

Любое конкретное (возможно, когнитивное) задание, например, счет по Крепелину, с эмоциогенным инструктированием. Отслеживается изменение качества выполнения и степени дезорганизации поведения на протяжении задания. По изменению продуктивности делается заключение о выраженности мотивации достижения.

Упражнение 7.

«Влияние установки на запоминание». Группе предлагаются две серии слов (А и Б).

Слова серии А: мера, вода, чаша, гора, дума, коза, пила, роса, туча, нога, зима, рота, шуба, мода, река, зола.

Слова серии Б: нива, кожа, дача, соха, рука, пора, каша, сова, суша, доза, луна, роза, губа, поза, лапа, ноша.

Преподаватель медленно зачитывает слова серии А. По окончании студенты записывают запомнившиеся слова, независимо от порядка в ряду. Затем дается установка на выполнение всех названных при зачитывании серии Б слов, содержащих букву «О». Запись слов в произвольном порядке. Но по окончании просят записать и все прочие запомнившиеся. Рассчитывается соотношение запомнившихся слов, содержащих букву «О», с общим количеством запомнившихся слов в двух сериях. Проводится анализ.

Анализ личного опыта:

1. Были ли в вашей жизни случаи, когда вам чего-либо очень хотелось, но, несмотря на все усилия, вы не могли это получить.

Что с вами при этом происходило? Какие эмоции вы испытывали, как и о чем думали, когда надежда еще была и когда ее не стало?

2. Можете ли вы припомнить случай, когда для вас были очень значимы сразу несколько взаимоисключающих «вещей»? Какие эмоции вы испытывали? Как совершали выбор? Что происходило, если выбор сделать не удавалось?

3. Вспомните себя (свои ощущения успеха или неудачи) в ситуациях очень значимых, умеренно значимых и индифферентных. Какие закономерности вы можете уловить (обозначить)?

Занятие 16

Тема: Эмоции.

Цель занятия: Общая характеристика эмоциональных явлений.

КП: эмоции; теории эмоций; функции эмоций; выражение эмоций.

Методические указания: Если в восприятии, ощущениях, мышлении и представлениях отражаются предметы и явления действительности, различные их качества, свойства, связи, то *эмоции являются специфической формой психических процессов, в которых выражается отношение самой личности к содержанию познаваемого*. При этом эмоции тесно взаимосвязаны с потребностями человека (с тем, насколько реальность соответствует либо не соответствует потребностям). В этом контексте эмоциональные процессы могут рассматриваться как особый род механизмов регуляции, которые актуализируются под влиянием событий, вызывающих изменения в состоянии организма (или в его отношениях со средой), либо меняющих актуальное состояние равновесия между организмом и средой. Функция этих механизмов – подготовка организма к тому, чтобы он мог справиться с мучительным событием (иначе говоря, адаптация). В литературе можно встретить и рассмотрение эмоций с позиции их сигнальной и регулирующих функций.

Представления о природе и разновидностях эмоциональных явлений, закономерностях их функционирования не раз претерпевали изменения в ходе развития психологии. (Обзор на-

учных теорий эмоций представлен на с. 140–143). В свое время Вильгельмом Вундтом были предложены критерии, с помощью которых и сейчас описывают эмоциональные явления: «удовольствие – неудовольствие», «напряжение – разрешение», «возбуждение – успокоение». В этой связи можно встретить разделение эмоций на *стенические* и *астенические*, *положительные* и *отрицательные*, *кратковременные* и *долговременные*, *бурно-*, *умеренно-* и *слабовыраженные*. «Аффект», «настроение», «чувство», «фрустрация», «стресс» – все это различные категории, которые принято выделять в связи с характеристикой эмоциональных явлений.

«*Аффект*» – кратковременные, бурно протекающие эмоциональные процессы, сопровождающиеся двигательным компонентом и сужением сознания. Сущность аффекта заключается в разрядке эмоционального напряжения через двигательную активность.

«*Настроение*» – длительное и устойчивое эмоциональное состояние.

«*Чувство*» – категория, которой принято характеризовать эмоции, имеющие отношение к социально обусловленным потребностям, прежде всего связанные с отношениями между людьми (содержание понятий «*фрустрация*», «*стресс*» см. в соответствующих разделах учебника).

Эмоциональное возбуждение определяет выраженность мобилизационных сдвигов в организме. Когда происходит значимое событие, меняются скорость и интенсивность протекания психических, моторных и вегетативных процессов (чаще – в сторону увеличения, реже – уменьшения). Эмоциональное возбуждение может принимать специфическую форму «эмоционального напряжения». Это происходит в случаях, когда повышенная активация сопряжена с блокированием двигательного компонента эмоций (страх – невозможность бегства, гнев – невозможность выражения, желание – отсутствие возможности реализовать его и проч.). Оценка эмоциогенного события зависит от знака эмоции. *Положительная* – событие оценивается как позитивное, *отрицательная* – негативное. Психологический смысл: поддержать

контакт с позитивным событием и разорвать его – с негативным. Качественные особенности значимого события характеризуют содержание (качество) эмоции (тревога, ярость, удивление). Это придает поведению специфический характер. Существует мнение, что один и тот же сигнал может вызывать различные эмоциональные реакции в зависимости от того, когда происходит значимое событие и имеет ли человек возможность соответственно на него реагировать (с. 140).

Не всякие эмоции регистрируются сознанием. Эмоции могут вообще не осознаваться человеком, и тогда судить о них возможно только по особенностям поведения. Осознание предполагает исчерпывающую характеристику эмоции, понимание связей между ней и вызвавшими ее факторами, а также связи возникшей эмоции с действиями, к которым она побуждает. Нарушение любого звена предполагает нарушение ориентации (осознания) в эмоциональном состоянии. Затрудненный доступ к сознанию часто имеют те эмоциональные процессы, проявление которых сталкивается с наказанием (как внешне, так и внутренне обусловленным) (см. с. 144).

В контексте эмоциональных проявлений интересен аспект их взаимодействия с процессами памяти, который может заключаться как в их облегчении (положительные эмоции), так и в затруднении (отрицательные, слабовыраженные). (См. также механизм вытеснения на с. 72, 95).

Эмоции могут выражаться вербально (см. «Речь»), интонационно (голосом), пантомимически, мимически. Способность и возможность выражения эмоций зависит как от личностных (в том числе, конституциональных), так и социальных (в том числе, культуральных) факторов. Представление о возможности прочтения эмоций по лицу верно, главным образом, в отношении преднамеренных эмоциональных проявлений. Спонтанная же мимика может быть очень индивидуальной, и для правильного ее прочтения необходим определенный опыт общения с человеком.

Практическая часть:

Упражнение 1.

«Горячий стул». Один участник (доброволец) находится за кругом. Группа высказывается в отношении его позитивных

и негативных качеств (возможен просто разговор о человеке за кругом; последний на момент проведения данной части упражнения лишен права голоса). Затем ему задаются вопросы: «Что запомнилось из того, о чем говорили участники?».

Группа анализирует, как предьявлялась информация и как она была услышана (контекст). Запомнились ли в большей мере позитивные, негативные или индифферентные высказывания¹?

Упражнение 2.

«Картинки ТАГ». Вся группа в течение 10–15 минут пишет небольшие рассказы по предложенным картинкам (предложены на усмотрение преподавателя). Затем предпринимают попытку по содержанию рассказов диагностировать эмоциональное состояние членов группы на момент выполнения задания. Рассказы зачитывают без обозначения авторства. Далее проводят подсчет баллов (согласующихся мнений) по каждому заключению. Автор имеет возможность соотнести результаты экспертной оценки со своей собственной.

Упражнение 3.

«Влияние эмоционального состояния на восприятие цвета». Упражнение выполняют дважды в ходе занятия. Преподаватель моделирует либо стремится поймать момент, когда группа переживает приблизительно сходное состояние. Он предьявляет группе последовательно, около двух секунд каждую, карточки цветового теста Люшера. Участники группы сразу оценивают по пятибалльной системе степень приятности каждого цвета:

- 5 – очень приятно;
- 4 – довольно приятно;
- 3 – приятно;
- 2 – в слабой степени приятно;
- 1 – безразлично.

По окончании эксперимента устанавливается общее количество баллов, полученных каждым отдельным цветом, с вычисле-

¹ *Примечание:* Можно провести упражнение без выхода основного участника за круг. Группа получает возможность судить о пережитых эмоциях по их экспрессии – анализ спонтанной мимики, оценка разногласий.

нием его среднего арифметического. На основании средних показателей получают цветовой ряд. Цветовые ряды сравниваются для выявления различных эмоциональных состояний.

Упражнение 4.

«Рисование в парах». Участников разбивают на пары и предлагают начать рисование (тема, содержание возникают в процессе), взявшись одновременно за общий карандаш. По окончании упражнения проводят анализ динамики эмоционального состояния партнеров в зависимости от успешности деятельности. Предпринимают попытку связать это с мотивацией, контекстом самой ситуации для каждого участника. Возможен обмен мнениями в парах (что испытывал каждый и как его «читал» партнер, анализ искажений).

Упражнение 5.

«Ассоциативный эксперимент». Добровольцу из числа студентов зачитывают последовательно 20 слов, на которые испытуемый отвечает первым же пришедшим в голову словом. Один из участников эксперимента фиксирует время задержки ответа. Группа отслеживает (каждый в своем протоколе) видимые вегетативные и поведенческие маркеры реагирования. Методом экспертной оценки устанавливают эмоционально значимые слова (в т.ч. предлагаемый знак эмоций). Затем испытуемого просят воспроизвести произносимые слова. Подсчитывают, соотносится ли количество запомнившихся слов эмоционально значимого и нейтрального содержания.

Упражнение 6.

Восполните пробелы:

1. Дети, у которых неразвилось чувство _____, могут так и остаться более зависимыми от мнения других.
2. Эмоции проявляются одновременно во внутренних _____, в _____ и в физиологической _____.
3. _____ наших эмоций зависит от нашего уровня бодрствования.
4. Форма, которую принимают наши эмоции, в большой степени зависит от нашего _____ обстановки.

5. Отрицательные эмоции возникают тогда, когда у субъекта слишком _____ информации о возможности удовлетворения

6. У людей эмоциональная чувствительность увеличивается с _____ и с накоплением _____.

Анализ личного опыта:

1. Вспомните все значимые события последнего месяца. Промаркируйте их по знаку. Сравните соотношения. Затем еще раз оцените, все ли вы вспомнили. Если удастся припомнить еще какие-то события, то каковы они? Как вы думаете, почему вы их не вспомнили сразу?

2. Мысленно вернитесь к прошедшему занятию. Что вы запомнили? Как вы думаете, почему запомнилось именно это?

3. Какие эмоции вы испытываете чаще? Какие – редко? Почему?

4. Бывали ли в вашей жизни ситуации, когда вы испытывали (и, соответственно, реагировали) одни эмоции, а окружающие приписывали вам другие? Как вы думаете, почему? Как вы выходили из подобного положения? Вспомните случаи, когда все происходило наоборот. Проанализируйте причины несоответствия.

5. По каким критериям вы судите, правильно ли вы прочитываете эмоциональные реакции других людей?

6. Проанализируйте свою психическую работоспособность в различных эмоциональных состояниях. Какую связь вы можете обнаружить?

7. Часто ли вы бываете пристрастны? Когда это происходит?

Занятие 17

Тема: Эмоции (продолжение).

Цель занятия: Рассмотрение понятия «эмоциональный стресс» как фактора возникновения психосоматических расстройств.

КП: фрустрация; стресс; эмоциональный стресс; концепция Г. Селье; психосоматические болезни; эмоциональная устойчивость.

Методические указания: С начала развития научной психологии накоплено множество фактов, иллюстрирующих связь эмо-

ций с телесными процессами. Показано, что эмоциональное возбуждение, имеющее место всякий раз, когда человек сталкивается с какой-либо угрозой физического или психического характера вызывает определенные изменения в деятельности внутренних органов через активацию систем их вегетативной и гормональной регуляции. Воздействие, влекущее за собой нарушение физического и психического гомеостаза, получило название стрессора. *Универсальная ответная* реакция организма, направленная на его восстановление, получила название «стресс». В тех случаях, когда в ее возникновении подчеркивается роль психического фактора (эмоций), реакция именуется эмоциональным стрессом (см. концепцию Г. Селье, с. 149–150).

Стрессорный процесс имеет определенную стадийность (подробно в курсе медицинской психологии) с выходом при неблагоприятных условиях на уровень болезни (психосоматические расстройства, когда психическое воздействие рассматривается как причинное либо как влияющее – «фактор риска»). Такими неблагоприятными условиями считают условия, которые приводят к интенсивной и продолжительной стрессорной реакции. Наблюдения показывают, что эффект вредного фактора может оказаться значительно более опасным, если он действует периодически, чем когда является постоянным (перерывы способствуют всплеску стрессорной реакции бóльшей силы). Соответственно, возникают и предпосылки для хронического эмоционального напряжения (стресса). Одной из таких предпосылок хронического эмоционального напряжения считается присущий человеку профиль фрустрационных реакций. Фрустрация – переживание (комплекс хронических психофизиологических реакций) неудачи в ситуации блокирования потребности.

Стрессорная эмоциональная реакция, помимо неспецифического компонента, всегда содержит в себе специфические проявления, которые сопряжены как с качеством переживания эмоции, так и с индивидуальными особенностями физиологических реакций (см. с. 149). Показано, что не только чрезмерная активация функций, но и их торможение (при ряде пассивных отрицательных эмоций) также влечет за собой нарушение адап-

тации. Последнее неизбежно в условиях сенсорной депривации (см. с. 150).

Факторами, способными нивелировать реакцию мобилизации при стрессе, считают действия, направленные на снижение мышечного напряжения (уменьшение общего уровня активации с ослаблением защитных эмоций), и *личностный фактор*, характеризующийся понятием «*эмоциональная устойчивость*». Этим понятием оперируют в двух значениях: разная степень чувствительности к эмоциональным раздражителям и разная степень нарушения психических механизмов регуляции под влиянием эмоционального возбуждения. В конечном счете, это зависит от темперамента индивида (величины порога возбуждения) и выраженности (силы) фрустрированной потребности.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Заполните пробелы:

1. Согласно теории Селье, существуют три фазы синдрома общей адаптации: _____.

2. Особенно важно, по мнению Селье, чтобы каждый из нас мог поддерживать свой _____ уровень стресса.

3. Верно или неверно следующее высказывание: «По мнению Селье, любой стресс не обязательно вреден»? Аргументируйте ответ.

4. Выберите правильный ответ.

Стресс связан:

- а) с прогрессирующим истощением резервов организма;
- б) с неожиданной и острой ситуацией;
- в) со способностью каждого идти на риск;
- г) все ответы верны.

Упражнение 2.

Выбирают добровольца из числа студентов. Два экспериментатора располагаются рядом. У одного – рука постоянно находится на пульсе испытуемого. Другой кладет свою руку на кисть добровольца с противоположной стороны для возможности оценки степени мышечного напряжения, потоотделения. Группа взаимодействует с испытуемым, говоря ему различные дерзкие либо

неожиданные вещи. Сначала испытуемый реагирует так, как ему присуще. Затем эксперимент усложняется: разрешается реагировать мимикой, изменением позы, но не разрешается говорить. На третьем этапе налагают запрет на любую психомоторику (речь, мимику, пантомимику). Отслеживают выраженность вегетативных реакций и проводят анализ.

Упражнение 3.

«Горячий стул». В адрес добровольца группа высказывается таким образом, чтобы вызвать интенсивную эмоциональную стимуляцию (можно придать репликам целенаправленный характер в стремлении актуализировать у испытуемого чувства вины, стыда, гнева и т.п.). Следует исключить шуточный тон. По окончании упражнения выясняется, что чувствовал и о чем конкретно в этот момент думал доброволец (каковы были его воспоминания, ассоциации, фантазии). Резюмируется заданность конкретного содержания психических процессов преобладающей эмоцией.

Упражнение 4.

Опросник индивидуального уровня стресса (*Годфруа Ж.* Что такое психология. Т. 1. С. 285–287).

Анализ личного опыта:

1. Вспомните себя в напряженные моменты вашей жизни. Чем они были вызваны? Вспомните, как в эти периоды вы воспринимали людей, себя, окружающее? О чем вы думали? Вспомните, как вы взаимодействовали с окружающими вас людьми, свое психическое и физическое состояние. Как это отличалось от того, что вы считаете для себя обычным?

2. Приходилось ли вам видеть людей в состоянии аффекта? Удавалось ли окружающим каким-то образом снизить у вас «накал переживаний»? Если да, то как?

3. Приходилось ли вам испытывать очень сильные положительные эмоции? Как это отражалось на вашем психическом и физическом состоянии? Способствовало ли это увеличению вашей эффективности?

Занятие 18

Тема: Эмоции (продолжение).

Цель занятия: Рассмотреть тревогу как психопатологический феномен.

КП: тревога; соматические и психические стигмы (астения, агрессия, депрессия, фобия, ипохондрия, паническая атака, конверсионные расстройства).

Методические указания: Тревоге в исследованиях эмоциональных процессов человека придается особое значение, поскольку она является базовым эмоциональным состоянием, возникающим всякий раз, как только человек оказывается в реальной ситуации опасности, либо когда он считает какую-либо ситуацию несущей в себе угрозу. Будучи субъективным переживанием, *тревога так и трактуется, как чувство неопределенной опасности*. При этом, чем шире круг ситуаций, с которыми индивид связывает реальную либо мнимую угрозу, тем выше уровень его тревожности. Следовательно, тревожность уже рассматривается как личностная черта, создающая предпосылки для хронического эмоционального напряжения. От выраженности и длительности тревожного реагирования (как, вам уже известно по теме «Стресс») зависит степень дезорганизации физиологических и психических функций. Помимо рассмотренных ранее психосоматических заболеваний, тревога является фактором, который вообще в той или иной мере причастен к различным патологическим состояниям, в том числе, обуславливает широкий круг невротических и психотических расстройств. Существует выражение «маски» («лики») тревоги, когда говорят о тех клинических феноменах, которые рассматриваются как производные хронической тревоги. Это формы, которые компенсаторно образуются для уменьшения чрезмерной стрессорной активации. Основные направления такой трансформации на невротическом уровне – *астения, депрессия, агрессия, различные соматические эквиваленты, включая панические расстройства, страх, ипохондрия, фобии*. (На с. 148–149 вы найдете указания и на ряд патологических симптомов психотического уровня).

Наиболее неспецифичной формой является *астения*, которая может рассматриваться как эквивалент фазы истощения после физиологической стрессовой активизации. Достаточно много исследований показывают связь тревоги с *депрессией*. Последняя представляет собой форму эмоционального ответа, когда ситуация угрозы трактуется как исключаяющая и активные, и пассивно-оборонительные действия. В этом контексте *агрессия* могла бы быть рассмотрена как реакция нападения (препятствие трактуется как преодолимое) с проявлением во вне агрессии, либо отчаяния – чаще *аутоагрессии*. Другой способ уменьшения неопределенности посредством включения психологических механизмов регуляции – поиск адреса угрозы, когда формируется *страх*. При этом выбор объекта страха часто может быть случайным (по механизму условного связывания), либо обусловленным субъективными факторами. Страх, сохраняющийся в течение длительного времени и вследствие этого повышающий вероятность когнитивной проработки, носит название *фобии*. В том случае, когда источник тревоги проецируется в пределы психического либо физического «Я», говорят об *ипохондрии*.

Среди соматизированных масок чаще всего распространены такие феномены, как боль (самой различной локализации) и эмоционально-вегетативные кризы (панические атаки). Психофизиологическая активизация в этом случае принимает пароксизмальный (приступообразный) характер (см. тему «Стресс»). Особый интерес представляет ряд соматизированных масок тревоги, когда имеющие место соматические нарушения очень причудливы и тесно связаны с существующей у больного системой представлений (так называемые *конверсионные расстройства*).

Практическая часть:

Упражнение 1.

Знакомство с опросником Спилбергера-Ханина. Индивидуальное шкалирование, интерпретация результатов тестирования.

Упражнение 2.

Шкала депрессии Цунга. Индивидуальная работа с опросником, интерпретация данных.

Упражнение 3.

«Анализ клинического случая». Женщина, имеющая двоих детей (второй ребенок – грудного возраста), с трудом повторно выходит замуж. Через несколько месяцев муж без объяснения причин ее оставляет. Появляется страх, что она может нанести увечье младшему ребенку, с чем она и попадает в клинику. Что произошло? Почему появился страх определенного содержания?

Анализ личного опыта:

1. Как вы оценивали ранее свою тревожность по сравнению с тревожностью окружающих людей? Сравните это мнение с результатами опросника Спилбергера-Ханша. Как это соотносится с оценкой вашей тревожности окружающими людьми?

2. Бывали ли в вашей жизни (или жизни знакомых вам людей) эпизоды, когда в течение длительного времени вы (они) испытывали тревогу? Если это происходило с вами, осознавали ли вы ее (тревогу)? Какие изменения в высказываниях, поведении этих людей (может быть, своих собственных) вы замечали? На что они (или вы сами) пытались обратить внимание окружающих (осознанно или нет)? Предъявляли ли они (вы) какие-либо жалобы? Если да, то какие?

Занятие 19

Тема: Научение и творчество.

Цель занятия: Общая характеристика процессов научения.

КП: научение; понятие, виды, условия, реализация научения.

Методические указания: Жизнь любого организма – непрерывная адаптация к условиям непрерывно меняющейся среды. При этом спектр адаптационных реакций тем шире и сами они тем эффективнее, чем более гибки и пластичны обеспечивающие их процессы. У человека это – уже сложные формы адаптационных поведенческих реакций с вовлечением процессов мышления (сущность процесса научения изложена на с. 151). Научение может осуществляться на разных уровнях, в зависимости от того, каков его нервный механизм и насколько сложны участвующие в нем структуры. В этой связи выделяют три категории научения и, соответственно, говорят о выработке: 1) реактивного поведе-

ния; 2) оперантного поведения; 3) поведения, требующего участия мыслительных процессов в обработке информации.

При создании новых форм *реактивного поведения* организм на внешние факторы реагирует пассивно. Реакция возникает в силу определенных изменений нейронных структур и непроизвольного формирования соответствующих следов памяти. К таким типам научения относятся следующие (в порядке усложнения): а) привыкание (габитуация); б) сенсбилизация; в) импринтинг; г) условные рефлексy.

Оперантное поведение – это действия, для выработки которых необходимо, чтобы организм активно «экспериментировал» с окружающей средой и таким образом устанавливал связи между различными ситуациями. К таким действиям относятся следующие: а) научение путем проб и ошибок; б) научение методом формирования реакций; в) научение путем наблюдения.

От того, как сигналы поступают извне, зависит, какая именно реакция организма будет закрепляться. Выбор реакции при этом определяется тем, каковы ее последствия в отношении удовлетворения потребностей или избегания нежелательной ситуации.

Третья группа – *формы поведения, обусловленные когнитивным научением*. При этом не просто устанавливается связь между ситуациями или ситуацией и ответом организма, а происходит оценка ситуации с учетом прошлого опыта и возможных ее последствий. Оценка позволяет принять наиболее подходящее решение. К такому типу научения относят: а) латентное научение; б) выработку психомоторных навыков; в) инсайт; г) научение путем рассуждений, включая формирование понятий (характеристика соответствующих форм научения подробно представлена на с. 155–164).

Никакая форма поведения не может быть выработана, если организм не прошел этапы, необходимые для соответствующего научения. Привыкание, сенсбилизация и даже классическое обусловливание возможны уже в период внутриутробного развития. Существуют гипотезы, что человеку также присущ импринтинг. Оперантные формы поведения формируются только после того, как развитие сенсомоторных систем уже может обеспечить

должную координацию движений. Некоторые виды научения путем проб и ошибок, формирования реакций и подражания возможны уже в первые дни жизни. Викарное подражание как наиболее сложная форма реактивного научения становится возможным лишь к двум–трем годам, когда происходит становление самосознания. Когнитивные способы научения формируются очень медленно, по мере становления психических функций.

Для появления той или иной мысли или формы поведения недостаточно, чтобы возникла и была воспринята соответствующая ситуация. Для обработки внешней информации, и особенно для извлечения из памяти накопленного опыта, необходимы также достаточно высокие уровни эмоциональной и мотивационной активности и адекватное состояние сознания. Так, некоторые виды поведения, приобретенные в каком-то особом состоянии сознания, могут не проявляться в состоянии активного бодрствования. И, напротив, переход в прежнее специфическое состояние способствует проявлению поведения. Если научение протекало при нормальном уровне сознания, то приобретенный навык может быть нарушен при каких-то особых эмоциональных состояниях или, например, в результате приема какого-либо вещества. В этих случаях способность, выработанная в результате научения, сохраняется, но реализация ее в поведении может измениться. На процесс научения могут сильно повлиять опыт и знания, приобретенные ранее (как облегчая его, так и затрудняя). Все это необходимо учитывать при оценке эффективности научения.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Выберите правильный ответ:

1. Какая из перечисленных форм научения относится к реактивным типам поведения:

- а) метод проб и ошибок;
- б) латентное научение;
- в) сенсбилизация;
- г) все перечисленные формы.

2. Представим себе, что ребенок приласкал собаку, но она на него внезапно залаяла, в результате чего он стал бояться всех

собак вообще. Что является в данном случае безусловным раздражителем?

- а) боязнь собак;
- б) собака;
- в) лай;
- г) ласка.

3. При выработке оперантных форм поведения:

- а) организм относительно пассивен;
- б) индивидуум вырабатывает когнитивные стратегии;
- в) после условного раздражителя должен следовать безусловный;
- г) ни один из этих ответов не верен.

4. Научение методом проб и ошибок:

- а) основано на законе эффекта;
- б) осуществляется благодаря случайным поведенческим реакциям;
- в) состоит в том, что число ошибок по мере увеличения числа проб снижается;
- г) все ответы верны.

5. Формирование реакций всегда осуществляется:

- а) путем ассоциаций между индифферентным и безусловным раздражителями;
- б) путем последовательных приближений;
- в) благодаря случаю;
- г) путем наблюдения за моделью.

6. Отрицательное подкрепление – это такое подкрепление, которое приводит:

- а) к быстрому угасанию реакции;
- б) ее формированию;
- в) ее исчезновению;
- г) торможению.

7. Наказание:

- а) действует так же, как отрицательное подкрепление;
- б) способствует развитию других инициативных форм поведения;
- в) препятствует определенной форме поведения;
- г) все ответы верны.

8. Процесс, при котором индивидуум начинает воспроизводить одну и ту же поведенческую реакцию во всех ситуациях, сходных с той, в которой раньше происходило подкрепление, называется:

- а) генерализацией;
- б) дифференцировкой;
- в) подражанием;
- г) воспроизведением.

9. При научении путем наблюдения:

- а) индивидуум просто подражает модели;
- б) модель должна осуществлять очень простое поведение;
- в) вероятность подражания модели выше; если модель в результате данного поведения вознаграждается;

г) все ответы верны.

10. Викарное поведение осуществляется:

- а) путем простого подражания модели;
- б) с учетом тех последствий, которое оно имеет для модели;
- в) после реструктурирования ситуации высшими психическими процессами;

г) все ответы верны.

11. При латентном научении индивидуум научается:

- а) понимать значение раздражителя;
- б) разрабатывать когнитивные карты;
- в) использовать все то, чему он научился в результате подкрепления;

г) все ответы верны.

12. Особенность инсайта заключается:

- а) в способе выработки гипотез;
- б) в оригинальности решения;
- в) в выработке когнитивных стратегий;
- г) все ответы верны.

13. При научении путем рассуждений разработка гипотез:

- а) начинается после учета исходных данных задачи;
- б) позволяет установить связи между этими данными;
- в) лишь в редких случаях опирается на предшествующий опыт;

г) все ответы верны.

14. Эффективность деятельности, связанной с тем или иным научением, зависит:

а) от состояния сознания;

б) от стресса;

в) от ситуации; в которой эта деятельность осуществляется;

г) все ответы верны.

Упражнение 2.

Предлагается материал для запоминания. По окончании проводят анализ: какие индивидуальные приемы запоминания использовались, какие из них обеспечили лучшее качество запоминания (скорость запоминания, полноту воспроизведения). Как этот процесс осуществляется обычно? Возможно повторение процедуры с использованием (экспериментированием) эффективных приемов, предложенных другими. Результатом какого научения являются привычные и заимствованные на занятии приемы?

Упражнение 3.

Используют любые приемы, иллюстрирующие когнитивные формы научения: мнемотехники, решение логических задач, приемы НЛП (принципы работы с субмодальностями, приемы ассоциации и диссоциации с переживанием и проч.).

Упражнение 4.

Преподаватель демонстрирует любые доступные якорные техники (иллюстрация классического обусловливания).

Упражнение 5.

Выполняют упражнение типа «Стул под солнцем» (участники по кругу, стул в центре занят добровольцем; группе предлагается, используя любые приемы, занять стул поочередно). «Войти» и «выйти» из круга. Проводят дискуссию на заданную тему и прочие, обуславливающие высокую вероятность включения оперантных форм поведения (проб и ошибок, подражания). Анализируют результаты.

Анализ личного опыта:

1. Обозначьте привычки, появившиеся у вас за последний год. Можете ли вы сказать, что (кто) явилось их источником? Результатом какого научения они являются?

2. Вспомните ситуации, когда вам было необходимо что-либо от кого-либо получить, прервать нежелательную реакцию. Удавалось ли вам это? Как вы этого достигли (к каким формам научения вы прибегали сами, возможно, о том не подозревая)?

Занятие 20

Тема: Научение и творчество (продолжение).

Цель занятия: Знакомство с понятием «интеллект», рассмотрение роли интеллекта в процессах научения и адаптации, творческое мышление как составляющая интеллектуальной деятельности.

КП: интеллект, факторы его развития, структура, измерение; интеллект и научение; интеллект и адаптация; интеллект и творчество; конвергентное мышление; дивергентное мышление.

Методические указания: Несмотря на кажущуюся понятность обиходного термина «ум», научное рассмотрение вопроса остается проблематичным. Попытки установления факторов интеллекта поставили, скорее, больше исследовательских вопросов, чем дали возможность судить о предмете однозначно (с рядом схем, описывающих структуру интеллекта, вы сможете ознакомиться на с. 168–170 – подходы Спирмена, Тернстоуна, Гилфорда, Кэттела, Хебба). Очевидно, по крайней мере, то, что неправомерна оценка интеллектуальной деятельности по какому-либо одному, пусть даже существенному, показателю, каковыми долгое время считались скорость ответных реакций на стимулы внешней среды и фактор адаптированности (на с. 170 изложены более однозначные факторы развития интеллекта. Подходы к разработке методов экспериментально-психологической оценки интеллекта, вопросы валидности методик см. на с. 171–172).

Несмотря на не вызывающую возражений прямую зависимость уровня интеллекта и способности человека к научению (особенно его сложным формам), оказалось, что в отношении адаптационных и творческих возможностей индивидуума такой закономерности нет. Исследования показывают, что процент людей, способных использовать багаж накопленных знаний гибко и под нетрадиционные цели, невелик (т.е., само научение

в определенном смысле предопределяет интеллектуальную ригидность). Главным условием такой способности является так называемое *дивергентное мышление*, предполагающее поиск решения поставленной когнитивной задачи по всем возможным направлениям («веерообразный» поиск), тогда как большинство людей уже изначально «запрограммировано» на вероятность какого-либо единственно верного решения (так называемое *конвергентное мышление*). Гилфорду, автору создания данного подхода, принадлежит и мнение, что такой стиль мышления в большей мере формируется в результате социального научения, чем наследуется. В принципе изначально почти у каждого человека есть основание развиться в творческую личность. Творческие личности склонны образовывать новые комбинации из элементов, которые большинство людей знают и используют определенным образом, или формировать связи между элементами, не имеющими на первый взгляд ничего общего. Не случайно такой стиль мышления часто оказывается связан с такими личностными особенностями, как нонконформизм, автономность, свобода от условностей и предрассудков, что может в ряде случаев затруднять социальную адаптацию. По ряду данных (Уоллак, Каган), оптимум адаптации достигается в том случае, когда творческие и интеллектуальные способности либо одинаково высоки, либо одинаково низки.

Практическая часть:

Упражнение 1.

Выберите правильный ответ:

1. В первых теориях интеллекта считалось, что он:

- а) наследуется;
- б) связан с быстротой восприятия и реакции;
- в) неравномерно распределен среди населения;
- г) все ответы верны.

2. В современном определении интеллекта основной упор делается на то, что он:

- а) наследуется;
- б) представляет собой способность адаптироваться к окружающей среде;

- в) в основном приобретается;
 - г) неравномерно распределен у представителей разных рас.
3. По мнению Спирмена, интеллект можно в основном представить, как:
- а) уровень «общего» интеллекта;
 - б) семь первичных умственных способностей;
 - в) 120 факторов;
 - г) два уровня.
4. Вычеркните ту способность, которую Тернстоун не считает первичной умственной способностью:
- а) память;
 - б) способность к рассуждению;
 - в) пространственная ориентация;
 - г) все ответы неверны.
5. По мнению Хебба, интеллект:
- а) потенциален;
 - б) формируется уже во время зачатия;
 - в) единственный, который можно оценить;
 - г) все ответы верны.
6. Наследственность – это:
- а) потенциал, наследуемый от родителей;
 - б) важнейший фактор, лежащий в основе интеллектуально-го развития;
 - в) сравнительно малоизвестная область;
 - г) все ответы верны.
7. Нахождение оригинальных решений обусловлено:
- а) установлением связи с прошлым опытом;
 - б) конвергентным мышлением;
 - в) инсайтом;
 - г) все ответы неверны.
8. Какая из перечисленных черт не является специфичной для творческого мышления?
- а) пластичность;
 - б) надежность;
 - в) гибкость;
 - г) оригинальность.

9. Как правило, творческие личности характеризуются:

а) конформизмом;

б) хорошим включением в социальную группу;

в) четко установленными представлениями о жизни и обществе;

г) все ответы неверны.

10. Дети, направляющие всю энергию на достижение успеха и избегающие риска или высказывания собственного мнения, как правило, характеризуются:

а) высоким уровнем интеллекта и низким уровнем творческих способностей;

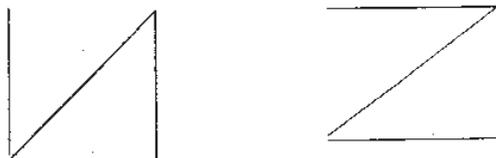
б) низким уровнем интеллекта и высоким уровнем творческих способностей;

в) низким уровнем интеллекта и творческих способностей;

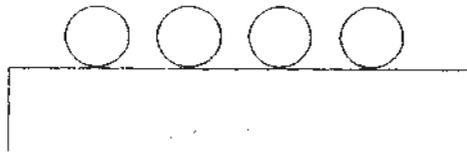
г) высоким уровнем интеллекта и творческих способностей.

Упражнение 2.

1. Дополнить рисунок:



2. Что изображает рисунок?



Упражнение 3.

1. Встретились два человека, друзья детства, и между ними произошел следующий диалог:

– Сколько лет я тебя не видел и ничего о тебе не слышал!

А у меня уже дочь!

– Как ее зовут?

– Как и ее мать.

– А сколько же лет Леночке?

Как собеседник узнал имя дочери?

2. Двое подошли к реке. У пустынного берега стояла лодка, в которой мог поместиться только один человек. Оба они переправились через реку на этой лодке и продолжили свой путь. Как они это сделали?

3. Как зачеркнуть, не отрывая карандаша от бумаги, четыре точки квадрата тремя прямыми линиями и вернуться в исходную точку?

Упражнение 4.

Общение в паре двух участников на разных языках. Отслеживается динамика коммуникации (прекращение, успешность), использованные приемы, их эффективность, в т.ч. факторы эффективности.

Упражнение 5.

Игра «Инвентарь». Ведущий предлагает участникам высказать как можно больше различных идей, объяснений или толкований, относящихся к определенной проблеме. Они могут быть не только широко распространенными, но любыми возможными. Ценятся идеи, содержащие юмор, шаржирующие какой-либо аспект ситуации, и прежде всего оригинальные наблюдения, даже если практическое осуществление предлагаемых идей невозможно. Свои мысли игроки записывают, каждый работает самостоятельно. Затем работы зачитываются и оцениваются голосованием (продуктивность – количество данных ответов, их оригинальность).

Предложенные темы:

1. Что бы изменилось, имей мы на затылке дополнительную пару глаз?

2. Что было бы, если бы у людей не было потребности во сне?

3. Женщина средних лет, прежде ведшая хозяйство очень экономно, теперь швыряется деньгами.

4. Вы – заведуете отделом. Среди ваших подчиненных есть один, постоянно опаздывающий на работу. Не будь он очень способным работником, вы бы его давно уволили. Придумайте как можно больше способов, с помощью которых можно было бы выйти из этой ситуации.

Упражнение 6.

Составляются несколько групп слов. Группы и слова в группах маркируют. Бросают кости или жребий и проч., с помощью чего устанавливается случайный набор слов (4–5) для каждого участника процедуры. В течение 10–15 минут необходимо написать максимально остроумный рассказ в опоре на слова, доставшиеся по жребию. Рассказы зачитывают и оценивают¹.

Анализ личного опыта:

1. Попробуйте дать оценку собственному интеллекту с позиции его структуры. Чем, на ваш взгляд, в большей мере определяется результирующий вектор (памятью, эрудицией, особенностями мышления, др.)? Могли бы вы поднять свою «планку»? За счет каких ресурсов?

2. Присущ ли вам дивергентный стиль мышления? Где и в чем это проявляется? Повышает ли он вашу эффективность?

3. Часто ли вы бываете творческим? Что это означает для вас?

4. Вспомните какую-либо из своих проблем. Если бы вы подошли к решению ее как человек творческий, что бы вы стали делать?

5. Кого из своего окружения вы могли бы назвать творческой личностью? Почему? В чем ваше сходство, отличие? Какие из присущих этому человеку черт вы хотели бы (могли бы) развить в себе?

6. Попробуйте определить творческих людей вокруг себя. Часто ли вы с ними общаетесь? Комфортно ли для вас это общение? Как вы думаете, почему (и в случае «да», и в случае «нет»)?

¹ *Примечание:* в упражнениях по теме использовать любые доступные материалы по стимулированию творческих способностей.

Раздел 3. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛИЧНОСТИ

Занятие 21

Тема: Биологическая конституция и психические процессы.

Цель занятия: Получить представление о холистическом подходе в медицине, о конституции и их значении для врачебной деятельности. Определить, каким образом соотносятся биологическое и психологическое в человеке. Узнать о значении биологической конституции в возникновении заболеваний. Определить, как влияют темперамент и биологическая конституция на течение болезненных процессов и т.д.

КП: биологическая конституция; холизм; холистический подход; антропометрия (соматоскопия, соматометрия); темперамент; типологии Кречмера, Шелдона, Юнга; биологические основы личности; шизотимия; циклотимия; дисплазия; евнухидизм; шизофрения; маниакально-депрессивный психоз (мания, депрессия); дисплазии; дизонтогенез.

Методические указания: По известной давней традиции, берущей начало, по всей видимости, не столько от научных представлений о человеке, сколько от религиозных, в медицине принято проводить четкую границу между телом (сомой) и психикой. При этом большее внимание во все времена уделялось, конечно же, биологическим основам. Это происходило по разным причинам, и одной из самых серьезных являлся религиозный, мистический запрет на вторжение в сферу души (т.е. сферу божественную). С успехами в области анатомии, когда человека вскрыли и не нашли там ничего, кроме плоти, граница обозначилась еще четче. Однако, как ни странно, именно это положило начало так называемому холистическому подходу в медицине (гл. 11, с. 173), когда все психические процессы стали рассматриваться как функции тела. В это время возникла классификация темперамента Гиппократ (см. там же), а позднее появилась классификация Галена, дошедшая до нашего времени:

**САНГВИНИК
ХОЛЕРИК
МЕЛАНХОЛИК
ФЛЕГМАТИК**

В этой классификации определенные стороны поведения человека, его личностные особенности связывались с преобладанием в человеческом теле одной из трех жидкостей: лимфы (флегма), крови (сангвис) и желчи (холе) (подробнее см. гл. 11, с. 173–174, 175).

В настоящее время все внешние индивидуальные особенности и свойства биологического организма, генотипически закрепленные в его наследственном аппарате и способные меняться в условиях окружающей среды, принято называть *биологической конституцией*. Характеристики конституции, основанные на морфологических критериях, называют *соматотипом*. Существует несколько методов определения соматотипа: антропометрия (соматометрия) и соматоскопия. Первый метод основывается на количественных оценках (длина тела, диаметр грудной клетки, длина костей и т.д.), второй – на описании внешности. Особенности психических процессов, связанные с биологической конституцией, традиционно называют *темпераментом*.

В современной медицине до сих пор крайне важное место занимают две классификации конституции человека: Кречмера и Шелдона (см. гл. 11, с. 175, 177–179).

Таблица 1 – Основные конституциональные признаки, выделяемые в классификациях Кречмера и Шелдона

Астеник	Атлетик	Пикник
Хрупкий	Крепкий	Тучный
Узкий	Широкоплечий	Широкий
Эктоморф	Мезоморф	Эндоморф

Каждому из этих конституциональных типов соответствует определенный темперамент (см. там же). Значимым результатом холистического подхода к проблемам человека стало объединение двух, казалось бы, несовместимых типологий: К. Юнга

(см. гл., 11, с. 176) и Э. Кречмера. В попытке такого объединения наиболее ценным является то, что психические и соматические процессы рассматриваются не как противоположности, а как разные стороны одной медали.

Таблица 2 – Сопоставление некоторых типологий темперамента (Я. Стреляу)

Автор	Типы темперамента			
Гиппократ – Гален	Сангвиник	Флегматик	Холерик	Меланхолик
Э. Кречмер	Циклотимик	Иксотимик		Шизотимик
У. Шелдон	Висцерто- ник		Соматото- ник	Цереброто- ник
И.П. Павлов	Сильный, уравнове- шенный, подвижный	Сильный, уравнове- шенный, инертный	Сильный, неуравнове- шенный	Слабый

Во врачебной деятельности холистический подход считается неотъемлемой составляющей эффективной терапии, поскольку без учета разных аспектов функционирования невозможно решать терапевтические задачи (подробнее об этом – на следующем занятии).

Одним из кардинальных вопросов в медицине был и остается вопрос об этиологии. Открытия в микробиологии оказались настолько впечатляющими, что многие исследователи пытались найти какой-либо единый этнологический фактор, но зачастую эти попытки ни к чему не приводили. Яркий пример тому психиатрия, где наряду с заболеваниями, имеющими четкую причину, такими, как прогрессивный паралич (заболевание, вызываемое бледной трепонемой) и органические заболевания травматической и интоксикационной природы, существует ряд болезней, этиология которых до сих пор не исследована. В интернальной медицине к ним можно отнести гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, системные заболевания соединительной ткани и др. Многие заболевания часто формируются на основе множества различных факторов, среди которых немаловажное место занимают психические процессы и исходный биологиче-

ский уровень организма (то, что мы называем биологической конституцией). Эти факторы не только участвуют в возникновении заболевания, но и во многом определяют его течение (что применимо и к заболеваниям моноэтиологической природы).

Как было отмечено выше, врачи во все времена искали факторы, предрасполагающие к болезни и влияющие на ее течение. Гиппократ и Гален считаются основоположниками такого подхода. Э. Кречмер на рубеже XVIII и XIX столетий также попытался подойти к природе некоторых психических заболеваний с холстической точки зрения. В основном его интересовали раннее слабоумие (заболевание, в наше время носящее название шизофрения) и маниакально-депрессивный психоз (до сих пор нет ясного понимания этиологии данных заболеваний). Ученый выяснил, что этим заболеваниям подвержены люди, имеющие особую конституцию и особый темперамент (см. гл. 11, с. 177–179), и назвал таких людей шизоидами и циклоидами. В своих исследованиях Э. Кречмер много внимания уделял, как уже отмечалось, связи биологии и психических процессов. Известно, что нарушения эндокринных органов ведут к возникновению особого характера и телосложения (один из примеров – «евнухоидизм» – феномен, появляющийся при подавлении функции половых желез или при их отсутствии). Причем, данные состояния могут быть как благоприобретенными, так и врожденными, что имеет название «дизонтогенез» (см. гл. 11, с. 177). В настоящее время данные Э. Кречмера находят подтверждение, в частности, в работах Хоппена (см. с. 180), который показал различия в индексе андрогенности у астеников, атлетов и гиперстеников.

Весьма интересными и практически ценными являются исследования в области конституциологии в психиатрии профессора Н.А. Корнетова и его сотрудников (см. гл. 11, с. 179). Н.А. Корнетов пишет не столько о предопределенности связи некоторых видов конституции с психическими заболеваниями, сколько об их влиянии и привнесении некоторых особенностей в течение патологического процесса. Так, вполне достоверно, что у астеников чаще возникает шизофрения, чем у пикников, но это не свидетельствует о том, что любой астеник может заболеть

шизофренией. Если астеник-шизоид заболит шизофренией, то она будет протекать наиболее типично, если же заболит пикникциклоид, то следует ожидать большего количества эмоциональных нарушений. Картина депрессии у астеника-шизоида может включать когнитивные нарушения (например, бред). У пациента с диспластическим вариантом развития того или иного конституционального типа заболевание может протекать с иными стереотипами – чаще всего злокачественно. Для диспластиков характерна резистентность к терапии.

Практическая часть:

1. Дискуссия по основным учебным элементам (холизм, биологическая конституция, темперамент и т.д.).

2. Изучение методики соматоскопии и антропометрии.

3. Работа в парах: опыт описания основных элементов конституции.

4. Опыт самоописания: дать описание собственного строения и темперамента.

5. Дискуссия о влиянии биологической конституции на возникновение и течение заболевания.

6. Работа с больным: определение биологической конституции, наличия дисплазий (описание конституционального статуса).

Анализ личного опыта:

1. Как часто во взаимодействии с людьми используются конституциональные дескрипторы?

2. Приходилось ли вам раньше встречаться с подобными взглядами?

3. Вспомните различные стереотипы, бытующие среди людей, относительно связи психических процессов с конституцией (например: толстый – добрый, худой – желчный, злой).

Раздел 4. ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И БОЛЕЗНЬ

Занятие 22

Тема: Эмоции и болезнь.

Цель занятия: Дать представление о влиянии эмоций на поведение человека в условиях болезни, изучить, как формируется взаимодействие человека со своей болезнью и с врачом под влиянием различных эмоций.

КП: страх; тревога; анозогнозия; нозофобия; танатофобия; канцерофобия; лиссофобия; сифилофобия; копинг-механизмы; гиперкомпенсация; чувство неполноценности; чувство вины.

Методические указания: Когда человек сталкивается с болезнью, он погружается в неизведанный мир, который грозит страшными последствиями... Человек задает себе множество вопросов: «Что будет дальше? Останусь ли я жив? Смогу ли работать, как прежде?» и т.п. В нем пробуждается архетипический страх перед неизведанным, вначале в виде смутных предчувствий (этап тревоги) (см. гл. 12, с. 182–183), затем опасения становятся очерченными, конкретными и приобретают вид самых распространенных человеческих страхов: страха перед смертью (танатофобия) и страха перед болезнью (нозофобия). Люди обычно боятся либо смерти в результате болезни, либо социальных последствий болезни. Это отражается в таких изолированных фобиях (фобия в данном случае – навязчивый страх), как канцерофобия, кардиофобия, сифилофобия, лиссофобия (страх перед сумасшествием). С учетом распространенности знаний о наследственности (естественно измененных бытовым сознанием) подобные страхи особенно часты, если кто-то из близких родственников пациента страдал подобными заболеваниями (см. гл. 12, с. 183).

Как омечалось ранее, страх – это, в первую очередь, реакция на неизведанное, особенно если оно касается жизни человека и его безопасности. Страхи могут провоцироваться незнанием, заблуждениями, культуральными мифами. Причем зачастую, когда возникают конфликты между обыденным, «житейским» и научным мировоззрением, побеждает более понятное (см. гл.

12, с. 185), и тогда человек обращается к знахарям и другого рода парамедикам, которые могут на примитивно-доступном уровне объяснить то, что с ним происходит.

Страх перед обращением к врачу может быть обусловлен возможностью узнать устрашающий диагноз. В ответ на это могут возникнуть две разновидности поведения: а) анозогнозия – отрицание болезни (см. гл. 12, с. 184); б) копинг-механизмы – механизмы «совладания» с болезнью (см. гл. 12, с. 185). Например, человек может совладать со страхом перед неизлечимым заболеванием, поставив на первое место какой-то незначительный симптом (если резкая потеря веса способна вызвать страх, то кожный зуд кажется вполне устранимой проблемой).

Весьма значимыми во взаимодействии человека с болезнью и врачами являются еще две эмоции: чувство неполноценности и чувство вины (см. гл. 12, с. 186–187). Они порождают особое поведение, которое зачастую мешает человеку реалистично подходить к решению проблем и приводит либо к паразитическим формам поведения, либо к агрессии, либо к сверхкомпенсации (гиперкомпенсации), когда недостатки, связанные с болезнью, позволяют развивать в себе новые возможности.

Одной из важных врачебных задач, таким образом, является своевременная диагностика эмоций, работа с позитивным смыслом болезни и повышением чувства самоуважения пациента, что поможет ему реалистично оценивать свое состояние, своевременно обращаться за помощью и решать проблемы, связанные со здоровьем.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов – значение, возможности преодоления и т.д.

2. Способы диагностики эмоций (вспомнить пройденный материал по теме «Эмоции»).

3. Занятие с больным. Диагностика страха, тревоги, чувства вины и чувства неполноценности. Выявление копинг-механизмов. Дать описание.

4. Ролевые игры: «Зубной врач», «Диагностическое исследование». Как взаимодействовать с пациентом, чтобы помочь ему

преодолеть страх, анозогнозию? Как доступно объяснить ему необходимость лечебной манипуляции и диагностического исследования?

5. Описать различные варианты трансформации чувства неполноценности в виде небольших историй.

6. Описать личный опыт посещения врача.

Занятие 23

Тема: Механизмы психологической защиты и болезнь. Психология боли.

Цель занятия: Изучить, каким образом механизмы психологической защиты участвуют в формировании синдрома отрицания. Роль синдрома отрицания. Какая бывает боль, что лежит в ее основе – психосоматические соотношения.

КП: механизмы психологической защиты (МПЗ); синдром отрицания; боль; хроническая боль; варианты боли; функции боли.

Методические указания: В разделе о психологических защитах упоминалось, что болезнь искажает восприятие многих вещей. При заболеваниях функционируют практически все виды МПЗ: отрицание, рационализация и т.п. (см. гл. 12, с. 188). Одним из наиболее ярких феноменов, возникающих во время болезни, в основном, благодаря функционированию МПЗ, является синдром отрицания, который предназначен для защиты человека от страха, вызванного ситуацией болезни (см. гл. 12, с. 183). Наиболее ярко этот феномен проявляется в *адаптационном образе болезни*, т.е. субъективной картине больного о том, почему он заболел, какими основными признаками болезнь проявляется и каков ее прогноз (см. гл. 12, с. 188–189). *Синдром отрицания* проявляется в виде отрицания либо заболевания вообще, либо его отдельных признаков, являющихся наиболее угрожающими и соответствующими чаще всего тяжелым, неизлечимым заболеваниям. Впрочем, человек может игнорировать даже неоспоримые признаки: например, пациент, прочитав диагноз в истории болезни, начинает думать о врачебной ошибке, игнорируя симптомы, сопутствующие возникшему заболеванию. Причем активность

такого пациента может быть направлена на лечение незначительных симптомов.

Следующим постоянным спутником болезни, которому мы уделим достаточно много внимания, является боль. Боль в ситуации болезни выполняет несколько функций, из которых основными считаются три.

Функции боли:

Сигнальная

Адаптационная

Стимулирующая

Сигнальная, или информационная, функция обеспечивает человеку знание о наличии «поломки» в его организме и позволяет специалисту разобраться в природе этой «поломки» (см. гл. 12, с. 189). Другая функция – адаптационная, помогает приспособиться к окружающей действительности и выработать определенные стереотипы и нормативы, удобные для данной личности (с помощью боли человек может решить, в состоянии ли он выполнять ту или иную работу и т.п.). Кроме того, боль может играть роль *стимулятора* – раздражителя, который приводит пациента к врачу, поддерживает состояние легкого стресса, создавая умеренное напряжение, что позволяет трудиться и решать проблемы, в отличие от состояния сильной боли: например, ситуация, в которой находился З. Фрейд (см. гл. 12, с. 189). Однако, как и в случае с механизмами психологической защиты, вышеуказанные позитивные функции могут превращаться в негативные, особенно если мы имеем дело с хронической болью.

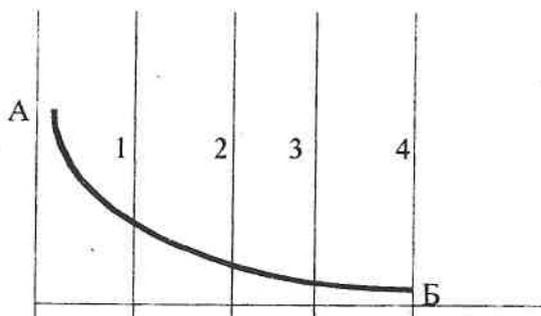
Боль – феномен, складывающийся из двух оснований, где помимо психического, несомненно, присутствует физиологическое основание. Поэтому не бывает боли только физической или только психической (см. гл. 12, с. 190). Переносимость боли (порог болевой чувствительности) зависит от состояния глубоких структур мозга, но, безусловно, на эти структуры влияют не только биологические, но и психические причины.

Ярким примером служит депрессия, проявления которой зачастую сопровождаются различными болевыми ощущениями

(кардиалгии, боль в зубах, боль в кишечнике и т.д.). Приведенные факты диктуют особый подход к изучению различной патологии, при котором особое внимание должно уделяться психосоматическим соотношениям (см. гл. 12, с. 191).

В.Н. Клейменовым выделены четыре варианта поясничной боли: А – выраженность психического компонента поясничной боли; Б – выраженность органического компонента поясничной боли.

*Четыре варианта поясничной боли, выделенные
В.Н. Клейменовым.*



Вариант 1 – психический фактор играет решающую роль, органический компонент выражен незначительно.

Вариант 2 – большую роль играет психический фактор, но уже значительное место занимает органический компонент.

Вариант 3 – доминирует органическая патология, но имеется форма манипулирования болью.

Вариант 4 – органическая патология с адаптивной реакцией на нее без какого-либо манипулирования и без отрицания.

Можно резюмировать, что знание особенностей функционирования психологических защит, синдрома отрицания и психосоматический подход к проблеме боли существенно помогают в работе с больным. Эти знания весьма важны для налаживания контакта с больным и выбора

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.

2. Работа с больным: исследование МПЗ и синдрома отрицания; исследование вариантов боли у больных с психосоматическими расстройствами.

3. Составление вымышленных историй, описывающих синдром отрицания и различные варианты боли.

4. Ролевые игры «Врач – больной», целью которых является преодоление синдрома отрицания.

Анализ личного опыта:

Установить наличие в личном опыте синдрома отрицания или выявление в личном опыте позитивных функций боли.

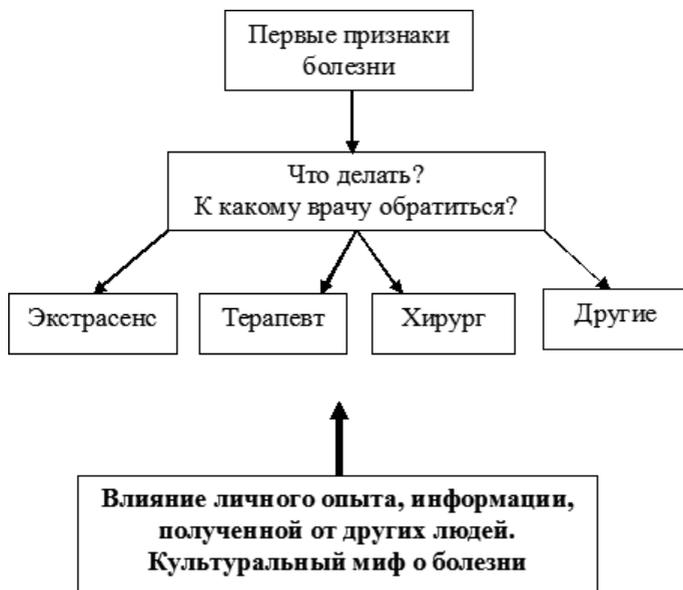
Занятие 24

Тема: Переживание болезни во времени.

Цель занятия: Изучить, какие изменения во взаимодействии с болезнью происходят с течением времени, как меняются психические процессы под влиянием болезни. Получить представление о психологических аспектах смерти и умирания, о возможных подходах к этой проблеме.

КП: переживание болезни; призыв к помощи; тревога; депрессия; агрессия; капитуляция; жизненные стереотипы; качество жизни; декомпенсация; адаптация к болезни; смерть; умирание; эвтаназия; хоспис.

Методические указания: Проведите простой эксперимент: длительное время подержите какой-либо предмет в руке и с течением времени ощущения, вызываемые этим предметом, исчезнут – это реакция адаптации. Так же и организм человека, длительное время находящийся под влиянием болезни, пытается адаптироваться, приспособиться к тем изменениям, которые диктует болезнь. Однако, в отличие от нормальных физиологических стимулов болезнь наносит ущерб функциям организма человека, и поэтому приведенный выше эксперимент нельзя полностью переносить на ситуацию болезни. Выделяют пять фаз переживания болезни во времени:



Первая фаза называется *предмедицинской*. Ее алгоритм выглядит следующим образом. На этом этапе идет нарастание тревожных опасений, нередко возникает и усиливается депрессия. Задача семейного врача на данном этапе исключить влияние постороннего, неквалифицированного опыта, чтобы снизить напряженность пациента и направить его к нужному специалисту.

Вторая фаза характеризуется появлением признаков нетрудоспособности или резкой сменой жизненных стереотипов (например, госпитализация). Факт болезни уже установлен, поэтому все тревоги направляются на диагноз, зачастую пациенты начинают требовать дополнительных методов исследования, стремятся найти более квалифицированных специалистов (см. гл. 12, с. 192).

Третья фаза – активная адаптация к болезни. Человек постепенно начинает изменять свои жизненные стереотипы для того, чтобы повысить качество жизни (т.е. сделать свою жизнь более удобной). Если в первых двух фазах призыв к помощи сильно выражен (но в первой он еще диффузен, потому что пациент не

знает, к кому обратиться; а во второй – целенаправлен на решение конкретных проблем), то в третьей фазе призыв к помощи идет на убыль. Человек как бы смиряется с реальностью болезни и пытается найти какие-либо выгоды в своем положении (обычно в этой фазе нозофилия преобладает над нозофобией, выраженной в первых двух фазах).

Четвертая фаза – фаза агрессии, появляющейся в результате того, что болезнь деструктивна и полноценной адаптации к ней быть не может (проблемы всегда превалируют над выгодой). В это время человек находится в состоянии психической декомпенсации: как правило, нарастает тревога, усугубляется депрессия, прогноз терапии пессимистичен, часто возникают конфликты с врачами и медицинским персоналом. Медицина становится единственной виновницей того, что пациент не может вылечиться.

Пятый этап возможен не всегда и зачастую проявляется при хронических необратимых заболеваниях. На этом этапе человек как бы сдается в плен своей болезни и перестает оказывать сопротивление. Призыв к помощи, как правило, отсутствует (наглядный пример тому – финал некоторых психических заболеваний, таких, как шизофрения).

Описанные фазы не всегда проявляются ярко и последовательно, в некоторых случаях границы между ними ступенчатые, в других – отсутствуют какие-то фазы или их проявления.

Данная модель переживания болезни во времени может помочь врачу установить правильное взаимодействие с пациентом и оказать ему своевременную и адекватную помощь.

Следует подчеркнуть, что в этой проблеме не существует установленных рамок. Вопрос смерти и умирания всегда остается открытым, и каждый человек решает его по-своему. Некоторые аспекты проблемы определяются культуральными, социальными нормативами, в том числе и религиозными, другие – юридическими нормами. Следует отметить, что и юридические нормы во многих государствах отличаются друг от друга. Так, в Голландии принят закон, регламентирующий проведение эвтаназии, т.е. смерти по медицинским показаниям (см. гл. 12, с. 193), но для

многих стран этот вопрос остается нерешенным. Тем самым каждый человек выбирает для себя тот путь, который представляется ему наиболее приемлемым и близким по духу, соотнося свой выбор с существующими социальными и юридическими нормами.

Человека всегда интересовал вопрос смерти, и ответ на него он находил зачастую в теории продолжения жизни после смерти. Это проявлялось в самых разных вариантах: в виде духовного физического существования либо же существования в памяти других людей. Этим же объясняется желание многих людей заглянуть в будущее или за границы смерти (см. гл. 12, с. 193).

Однако у данной вечной проблемы есть и другой аспект: многие люди, страдая от тяжелых, неизлечимых заболеваний, умирают. Как же помочь этим людям в то время, когда смерть неизбежна, и стоит ли это делать? Конечно, последний вопрос для врачей остается вопросом внутренних убеждений, а не действий. Для того, чтобы помогать людям, стоящим на грани жизни и смерти, необходимо знать, что происходит с умирающим человеком, какие этапы он проходит.

Дюблер-Росс выделяет пять этапов, которые проходит человек по пути к смерти: 1) этап отрицания возможности смерти; 2) этап гнева и агрессии; 3) этап торга за жизнь; 4) этап печали и депрессии; 5) этап принятия смерти (подробнее см. гл. 12, с. 194).

Чтобы облегчить участь людей, обреченных на смерть, в последнее время открываются специальные учреждения – хосписы, где создается атмосфера, облегчающая человеку переход к смерти. Это научное направление достаточно молодо, оно требует наличия высококвалифицированных специалистов и исследований в данной области. Специальная подготовка здесь крайне важна для того, чтобы предотвратить так называемое «выгорание» врача, возникающее во время сопереживаний пациенту. Последнее особенно опасно при работе с умирающими больными.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Ролевые игры «Врач – больной», целью которых является воссоздание тактики врача в различных фазах.

3. Работа с больным: диагностика фазы переживания болезни во времени с обсуждением тактики поведения врача.

4. Описание личного опыта болезни.

5. Создание теоретической модели медицины, которая бы препятствовала появлению психической декомпенсации, пассивной капитуляции и т.п.

6. Обсуждение основных учебных элементов.

7. Создание собственной модели помощи умирающим с защитой.

8. Упражнения, используемые в работе с умирающими больными: 1) визуализации; 2) медитации; 3) тренинги.

9. Ролевые игры: рассказать человеку о том, что он умрет.

Раздел 5. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

Занятие 25

Тема: Внутренняя картина болезни.

Цель занятия: Получить представление об основных направлениях практической психологии, изучить понятие «внутренней картины болезни», его значение в практической медицине. Ознакомиться с влиянием культуры на формирование представлений о болезни: изучить понятие «мифа о болезни» и социальной иерархии болезней.

КП: психоанализ; гештальтпсихология; когнитивная психология; внутренняя картина болезни; Голдшейдер; Лурия; Личко; Смирнов; Резникова; культура; культуральный миф о болезни; социальная иерархия симптомов; интрапсихические факторы реагирования на фрустрацию и внешние факторы.

Методические указания: Раздел «психология больного» является наиболее показательным в плане того, как фундаментальная дисциплина может использоваться в практике. Достаточно вспомнить такие направления в психологии, как психоанализ, гештальтпсихология, когнитивная психология, вклад которых в практическую медицину огромен. Эти направления не ограничивались теоретическими исследованиями, ими создавались терапевтические методы, с успехом применяющиеся и по сей день. Кроме того, исследования этих школ применяются в педагогике, психодиагностике и других смежных областях (см. гл. 13, с. 197–198).

Другим очень важным практическим направлением, базирующимся на серьезной теоретической основе, является изучение так называемой «внутренней картины болезни», введенной в отечественную литературу Р.А. Лурия и получившей развитие в трудах В.М. Смирнова и Т.Н. Резниковой (см. гл. 13. с. 198–199). Их модель состоит из трех блоков:

МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ
МОДЕЛЬ ОЖИДАЕМЫХ ПРОГНОЗОВ ЛЕЧЕНИЯ

Центром этой конструкции является понятие информационного поля болезни. Существуют два варианта информационного поля болезни: церебральное информационное поле и возникающая на его основе психологическая зона информационного поля болезни.

Изучение внутренней картины постоянно продолжается, предоставляя все новые и новые данные (см. гл. 13, с. 199). Использование этого понятия в практической медицине может привести к появлению более продуманной терапевтической тактики, поскольку в нем учитывается множество факторов, от которых зависит субъективное восприятие болезни. Зачастую ошибки в диагностике и прогнозах лечения возникают именно из-за недооценки внутренней картины болезни. Можно использовать самые современные методы лечения пневмонии, но, если пациент рассматривает свое заболевание как неизлечимое и придерживается пессимистического прогноза, вряд ли усилия врача будут эффективными.

Ситуацию болезни можно приравнять к ситуации фрустрации, т.е. ситуации препятствия или лишения. Люди по-разному реагируют на ситуацию фрустрации, и тип реагирования в значительной мере влияет на формирование внутренней картины болезни. Наиболее частыми являются две реакции: бегства и нападения, которые в условиях болезни выглядят как «бегство в болезнь» и «бегство от болезни». Тип реагирования на фрустрацию – это первый интрапсихический фактор, влияющий на формирование внутренней картины болезни (см. гл. 13, с. 199–200). К факторам интрапсихического характера можно также отнести следующие: 1) уровень ощущений; 2) характер эмоциональных переживаний; 3) уровень интеллектуальной переработки; 4) мотивации и потребности.

Помимо вышеуказанных интрапсихических факторов на формирование внутренней картины болезни оказывают влияние и внешние – так называемый «культуральный миф о болезни», различные социальные нормативы и, в частности, феномен социальной престижности заболевания (см. гл. 13, с. 200–201).

Культуральный миф о болезни представляет собой социальное образование, в которое входит опыт, накапливаемый поколениями, отражающий социальную действительность и не всегда являющийся искажением реальных взглядов на болезнь. Культуральные «мифы» различны в разных культурах, особенно эта разница видна при сравнении европейской и восточной культур.

Социальная престижность заболевания (см. гл. 13, с. 202–203) тоже весьма отличается в разных культурах: так, в азиатской деревенской культуре некоторые психические заболевания выглядят достаточно социально привлекательными, поскольку галлюцинации рассматриваются как наличие особых способностей. В этом примере наглядно выражена еще одна сторона «культурального мифа о болезни» – его позитивный смысл, хотя это касается не всех заболеваний и зачастую так называемые «заразные» болезни могут восприниматься крайне негативно: даже если больной не является опасным для окружающих, он может вызвать антисоциальные формы поведения у некоторых людей (см. гл. 13, с. 204).

В культуральных влияниях на формирование внутренней картины болезни есть аспекты как позитивные, так и негативные. Одним из последних является то, что многие психосоматические заболевания рассматриваются людьми как проблемы немедицинского характера, что провоцирует их на обращение за помощью к знахарям, «волшебникам» и прочим лицам. Несомненно одно: знание о «культуральном мифе» оказывается полезным в лечебном процессе (см. гл. 13, с. 202–203, 204), особенно в психотерапии.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Работа с больным: описать больного с позиций «внутренней картины болезни» (по Смирнову–Резниковой).
3. Дать описание собственной модели болезни (чему учат в институте и как представляет свою болезнь студент), тому, как влияет опыт родителей и окружения на формирование модели болезни.
4. Обсуждение основных учебных элементов.

5. Работа с больным: описание типа реакции на фрустрацию, описание элементов культурального мифа о болезни в структуре ВКБ.

6. Мозговой штурм: попытка создания типологии «культурального мифа о болезни».

Анализ личного опыта:

Описание личного опыта: наличие особых представлений о болезни в семье или в студенческой среде. Насколько эти представления отличаются от того, чему учат в институте, и как эти представления уживаются с официальной научной точкой зрения.

Занятие 26

Тема: Адаптационный образ болезни (АОБ) и типы взаимодействия с болезнью (ТВБ).

Цель занятия: Получить представление об адаптационном образе болезни и типах взаимодействия с болезнью, изучить их значение, усвоить терминологию и научиться пользоваться этими понятиями в практике.

КП: адаптационный образ болезни; тип взаимодействия с болезнью, блоки АОБ (блок причин и механизмов заболевания, блок модели болезни, блок прогноза заболевания и ожидаемых результатов лечения); адаптивный и дезадаптивный ТВБ; позитивный смысл болезни.

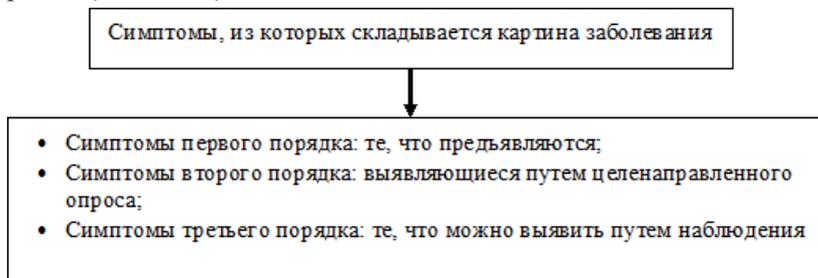
Методические указания: В описании внутриспсихических и поведенческих феноменов при соматических заболеваниях крайне важными и удобными являются два понятия: *адаптационный образ болезни* (АОБ) (см. гл. 13, с. 205) и *тип взаимодействия с болезнью* (ТВБ) (см. гл. 13, с. 208). Несмотря на кажущееся сходство с терминами, о которых уже говорилось (внутренняя картина болезни и типы отношения к болезни), эти два понятия являются следующим шагом к пониманию психических процессов в условиях болезни, т. к. они построены на описании *внутренних механизмов взаимодействия* и оценивают наиболее важный аспект – *адаптационные функции*. Нет нужды говорить о том, что основной целью психических процессов, происходящих в человеке, является адаптация.

Главная задача исследования АОБ у больных заключается в попытке нахождения терапевтической «мишени». Для этого выделяются три блока, в которых формируются наиболее важные вопросы о происхождении болезни, ее проявлениях и прогнозе на будущее:

1. Блок причин и механизмов возникновения заболевания.
2. Блок модели болезни.
3. Блок прогноза заболевания и ожидаемых результатов лечения.

В первом блоке адаптационного образа болезни (см. с. 205) наиболее важным является определение позиции человека по отношению к причинам возникновения заболевания. Выделяют три таких позиции: *экстрапунитивная* (кто-то или что-то виноваты в заболевании), *импунитивная* (никто не виноват) и *интрапунитивная* (виноват Я).

Блок модели болезни кратко можно описать следующим образом (см. с. 215):



В этом блоке представлены как личная картина болезни пациента, так и социальные «наслоения». Поэтому на первый план зачастую выводятся нормативные или социально престижные симптомы. Кроме того, здесь можно увидеть и проявления синдрома отрицания, когда на первый план выходят незначительные симптомы или симптомы, не имеющие отношения к имеющемуся заболеванию.

Третий блок отражает настроенность пациента на выздоровление и принятие методов лечения. Прогнозы встречаются как оптимистичные, так и пессимистичные, что тоже может быть

проявлением депрессии или синдрома отрицания. Бывает, что пациенты перекладывают ответственность за прогноз на плечи врача, что может свидетельствовать о наличии инфантильных, невротических тенденций в поведении.

Таким образом, АОБ достаточно полно отражает практически всю сферу психических процессов больного человека и выводит врача на создание адекватной модели психотерапевтического вмешательства. При том, что механическое рассмотрение болезни как локальной патологии нервной системы (или еще чего-нибудь) не может отразить всей сложности происходящих процессов, нельзя рассматривать болезнь как однозначно негативное явление для человека, поскольку она зачастую несет в себе позитивный смысл, и слишком упрощенным будет считать, что все больные однозначно хотят избавиться от своей болезни (см. гл. 13, с. 206–207).

Необходимо остановиться на том, как человек взаимодействует с собой и окружающим миром в условиях болезни. Подобно тому, как человек строит модель болезни, он выстраивает и свое поведение, которое является оптимальным в условиях болезни или наиболее возможным, исходя из таких предрасполагающих факторов, как биологическое состояние, особенности личности, социальные влияния (см. гл. 13, с. 208–209, 210), а также из того, что болезнь является серьезным препятствием – на пути к самоактуализации. Эти варианты поведения, а точнее – взаимодействия, делятся на две группы: *адаптивные* и *дезадаптивные*. К последним относятся невротический, психосоматический, аффективный, условно-адаптивный и смешанный варианты. Подробнее о содержании данных типов см. гл. 13, с. 208–209.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Составление ситуационных задач на определение АОБ.
3. Работа с больным: описание больного, его АОБ; дать сравнительное описание в терминах ВКБ (по Смирнову–Резниковой).

Анализ личного опыта:

Проанализировать свой АОБ по прошлому опыту. Вспомнить, насколько часто приходилось использовать позитивный

смысл болезни и как использовался данный феномен родителями в воспитании.

Занятие 27

Тема: Адаптационный образ болезни и типы взаимодействия с болезнью (ТВБ).

Цель занятия: прежняя (см. занятие 26).

КП: прежние (см. занятие 26).

Методические указания: Целью изучения ТВБ (см. гл. 13, с. 208–209 и далее) в первую очередь является определение эффективности используемых стратегий адаптации и построение на этом основании психотерапевтической коррекции. Это необходимо потому, что условия взаимодействия с болезнью являются основополагающими в вопросе сотрудничества врача и пациента: выраженный страх и тревога мешают проводить адекватную терапию и иногда приводят к резистентности. Невротические формы поведения могут также приводить к конфликтам из-за скрытого сопротивления терапии. Наиболее благоприятным ТВБ можно считать адаптивный, когда оценка болезни совпадает с оценкой врача, эмоции выражены умеренно и играют роль стимулятора к избавлению от болезни. Дезадаптивные варианты наиболее часто приводят к проблемам терапии, и в каждом из них преобладают свои определенные черты.

Невротический тип взаимодействия с болезнью характеризуется преобладанием нозофилии над нозофобией, перекладыванием ответственности на врача. К особенностям АОБ будут относиться экстрапунитивная позиция и выпячивание нормативных, соматизированных жалоб.

Психосоматический ТВБ характеризуется наличием синдрома отрицания на осознанном уровне и высоким уровнем тревоги и страха на неосознаваемом уровне. К особенностям интрапсихического конфликта можно отнести преобладание нозофобии и выраженное чувство вины. Кроме того, при этом типе характерны расширительные формы поведения (отказ от приема лекарств, выполнение тяжелой работы, несмотря на запрет врачей и т. п.) (см. гл. 13, с. 210–211).

Промежуточный (аффективный) ТВБ не имеет в основе психологических механизмов внутриспсихического конфликта и проявляется в основном выраженными эмоциональными переживаниями (тревога, страх, депрессия).

Условно-адаптивный ТВБ по форме напоминает психосоматический, но в основе его лежит недостаток информации (см. там же).

Из конструкции типов взаимодействия с болезнью вырисовываются четкие психотерапевтические «мишени» (см. гл. 13, с. 214–216), то есть те основные элементы, с которыми должен работать врач, чтобы получить хороший результат. В случае адаптивного ТВБ необходимо поддерживать стремление пациента к выздоровлению и препятствовать усилению эмоционального напряжения. В случае невротического ТВБ основной «мишенью» должен служить интрапсихический конфликт между нозофилией и нозофобией. В работе с психосоматическим ТВБ такой мишенью могут стать синдром отрицания и чувство вины. Промежуточный, или аффективный, ТВБ предполагает работу с тревогой и депрессией, ну а в случае условно-адаптивного ТВБ необходимо устранить пробел в информации, но таким образом, чтобы не вызвать усиления эмоционального напряжения.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Составление ситуационных задач по различным ТВБ.
3. Работа с больным: описание больного в терминологии ТВБ.

Анализ личного опыта:

Воспользовавшись прошлым опытом, восстановить тип взаимодействия с болезнью.

Раздел 6. ПСИХОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И БОЛЬНОГО (КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ДИАДЕ «ВРАЧ – БОЛЬНОЙ»)

Занятие 28

Тема: Общие сведения о коммуникативных процессах.

Цель занятия: Получить представление о сущности коммуникативных процессов и о том, как они влияют на взаимодействие врача и больного; узнать о целях и «мишенях» коммуникации в диаде «врач – больной».

КП: коммуникация; лингвистические и паралингвистические составляющие коммуникации; дистанция общения; социально-психологические факторы коммуникации; социальная привлекательность; «эффект ореола»; эффект первичности; формы поведения; постоянное поведение; отличающееся поведение; необычное поведение; установка, измерение установок: когнитивное, аффективное, поведенческое; центральные установки; периферические установки.

Методические указания: Коммуникация – это взаимодействие людей с целью передачи друг другу информации (см. гл. 14, с. 217). В процессе взаимодействия врача и пациента коммуникация в основном преследует своей целью получение достоверной информации о болезни. Однако помимо передачи и получения информации пациент, в первую очередь, призывает к помощи, и даже сам по себе визит к врачу может говорить о том, что пришедший человек нуждается в поддержке. Помощь эта, заметим, может заключаться даже в обычном человеческом внимании, и подобный повод для обращения к врачу не является исключительной редкостью. Таким образом, существуют, по крайней мере, три функции коммуникации (там же):

- 1) информационная функция;
- 2) функция преодоления одиночества;
- 3) функция призыва к помощи.

Можно выделить две основные составляющие коммуникации – это *вербальное предъявление информации* (лингвистическая составляющая) и *невербальное предъявление информации*

(паралингвистическая составляющая). Причем, по мнению многих исследователей, наиболее актуальной в процессе взаимодействия оказывается паралингвистическая составляющая, и при сопоставлении вербального и невербального предъятий врач может получить достоверную информацию.

Основные элементы невербального предъвления:

- артикуляция;
- вокализация;
- поза;
- мимика.

На что необходимо обращать внимание при оценке невербальных предъвлений?

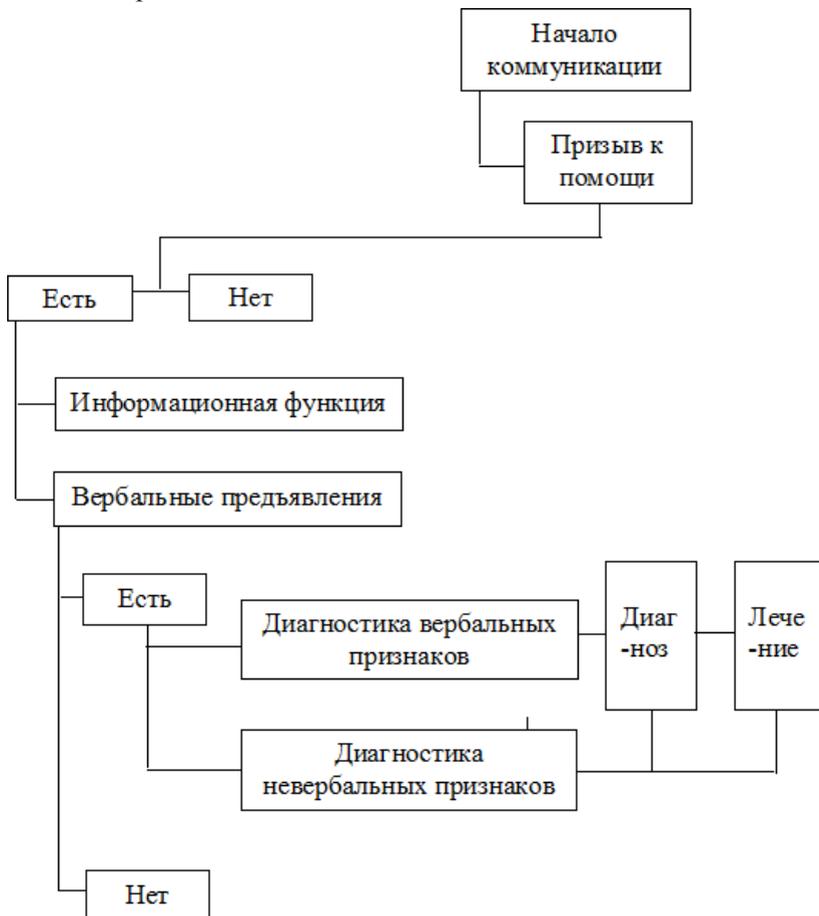
- Экспрессия – выразительность движений, позы и паралингвистических элементов.
- Синтонность – совпадение поведения человека с тем, о чем он говорит.
- Пластичность – плавность, законченность, эстетичность движений.

Диагностика вышеуказанных элементов крайне важна. Доказательством тому служит наличие четких диагностических критериев, основанных на поведении. Так, при шизофрении нарушается пластичность движений («роботообразные движения»), обедняется экспрессия – мимика кажется безэмоциональной, бедной; нарушается или отсутствует синтонность – поведенческие проявления часто не соответствуют вербальным предъвлениям (например, человек может со смехом рассказывать, как он видел смерть матери или отца и т.п.). Не менее важны подобные критерии и при диагностике боли и других расстройств.

К факторам, влияющим на процесс взаимодействия между врачом и пациентом, можно отнести следующие:

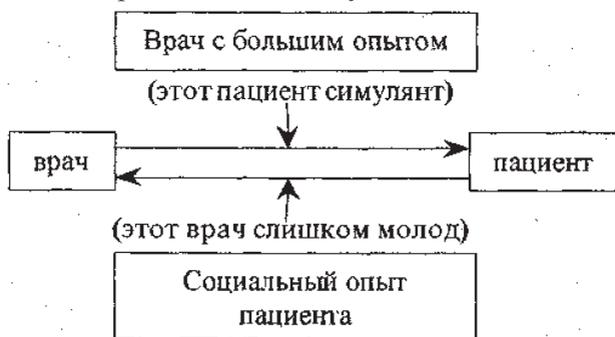
- 1) выражение лица;
- 2) дистанция общения;
- 3) социально-психологические факторы и механизмы психологической защиты;
- 4) социальная привлекательность.

Рассмотрим теперь алгоритм коммуникационного процесса в диаде «врач – больной»:



Все перечисленные выше факторы во многом являются культурально-опосредованными, т.к. в различных культурах предъявляются особые требования к выражению лица, дистанции общения, а социально-психологические факторы и механизмы психологической защиты преследуют своей целью разделение окружающего мира на позитивно настроенную и негативно настроенную части (см. с. 218).

Одним из важнейших факторов, влияющих на процесс коммуникации, можно считать феномен социального восприятия. Описано два эффекта социального восприятия – «*эффект ореола*» и «*эффект первичности*» (см. с. 219). Влияние «эффекта ореола» можно изобразить в виде следующей модели.



В этой модели для лечащего врача «эффект ореола» формируется под влиянием более опытного коллеги, а для пациента – мнением, бытующим среди людей: «качество врача во многом зависит от возраста».

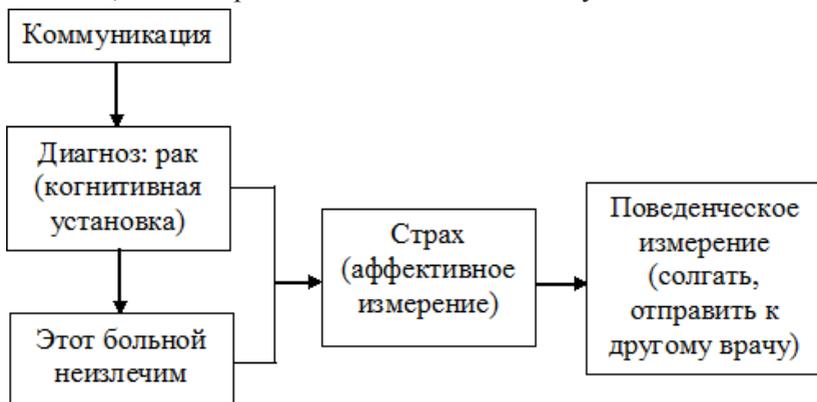
Вторая модель: когда пациент видит во враче кудесника, потому что «все так говорят», или врач, зная диагноз своего пациента от другого коллеги, отсекает реальные факты и видит только то, что подтверждает этот диагноз. Последняя модель может служить также и моделью «эффекта первичности». Этот эффект, как и «эффект ореола», достаточно часто вмешивается в коммуникационный процесс, и у врача так же, как и у его пациента, возникают определенные ожидания (как будет вести себя врач или пациент). Охарактеризованные модели ожидаемого поведения зачастую не совпадают с действительностью.

Выделяют три формы поведения, влияющие на коммуникацию (см. с. 219–220): 1) постоянное поведение; 2) необычное поведение; 3) отличающееся поведение.

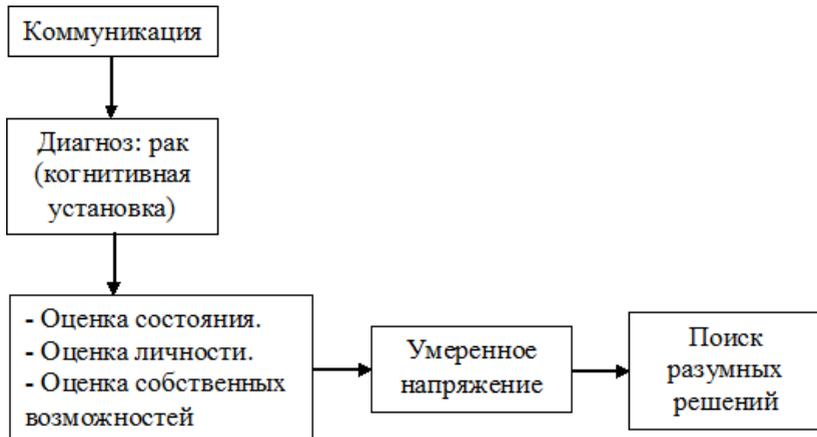
Знание этих форм позволяет наладить коммуникационный процесс и особенно важно для оценки личностных особенностей человека. Поэтому в процессе диагностики необходимо отсекать эффекты социального восприятия.

Следующий механизм, оказывающий влияние на процесс коммуникации, – это установка (см. с. 220–221). Она имеет три измерения: 1) когнитивное; 2) аффективное; 3) поведенческое.

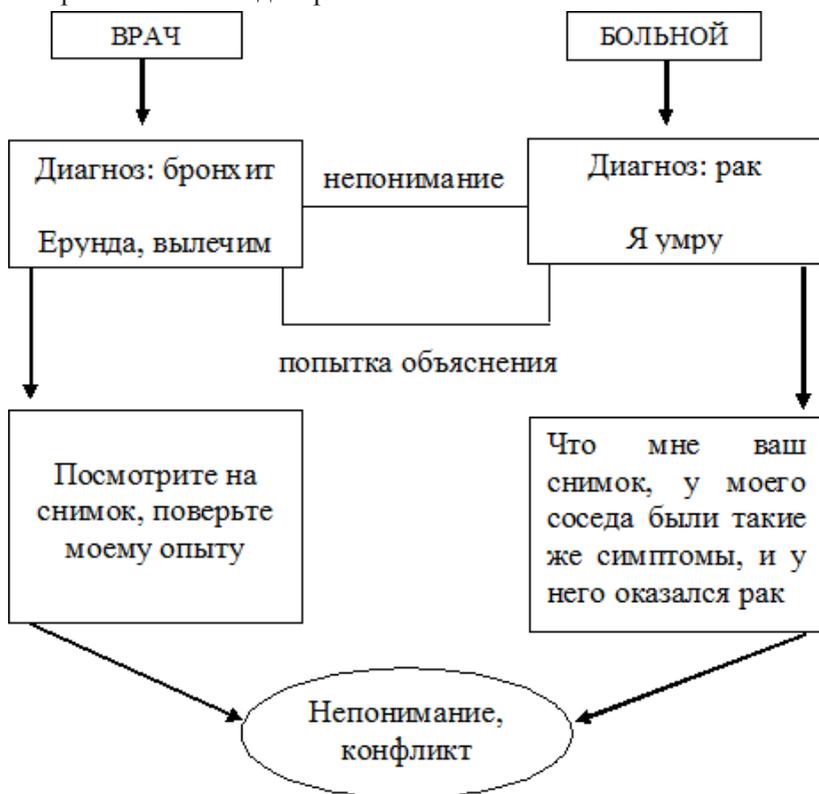
Как установка участвует в коммуникации между врачом и пациентом, можно представить себе в виде следующих моделей:



Данная модель представляет собой демонстрацию неудачной стратегии, приведшей к снятию ответственности. В следующей модели мы попытаемся представить более адекватную стратегию, в которой наблюдается установка на оценку реальных фактов и помощь пациенту.



Кроме описанных измерений необходимо отметить наличие так называемых *осевых установок* (см. с. 221). Различают центральные и периферические установки. Центральные касаются осевых характеристик личности, периферические – второстепенных. В процессе коммуникации необходим учет как центральных, так и периферических установок для того, чтобы можно было достичь взаимопонимания, ибо желания врача и его пациента не всегда совпадают, равно как и модели болезни. Попробуем привести пример возможной коммуникации, когда врач ориентируется только на периферические установки своего пациента, не догадываясь о существовании центральных, то есть сам визит к врачу рассматривается уже как полное согласие с мнением врача и наличие доверия.



Именно из-за существования осевых установок зачастую бесполезными оказываются логические объяснения того, что происходит с пациентом – эти объяснения могут стать только этапом во взаимодействии. Без учета центральных установок пациента объяснение не достигнет цели; если же говорить с пациентом на его «языке» – языке опыта (личного и социального), то изменение модели болезни представляется вполне возможным.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Ролевые игры: «невербальные способы призыва к помощи».
3. Работа с больным: дать описание невербального поведения. Дать характеристику невербальному поведению – пластичность, экспрессия, синтонность.
4. Проработать опыт с дистанцией общения – найти наиболее приемлемую дистанцию общения для себя лично (дистанцию, которая обеспечивает чувство комфорта и защищенности).
5. Обсуждение основных учебных элементов.
6. Дискуссия по формам поведения – способы диагностики постоянного поведения.
7. Создание алгоритма «идеального» взаимодействия.

Анализ личного опыта:

1. Описание личного опыта, в котором отражалось бы функционирование механизмов психологической защиты и фактора социальной привлекательности.
2. Обсуждение и самоописание личного опыта, касающегося влияния установок на поведение и на коммуникацию.

Занятие 29

Тема: Частные вопросы-коммуникации в диаде «врач – больной».

Цель занятия: Получить представление о специфических проблемах коммуникации врача и пациента. Изучить механизмы, препятствующие и способствующие процессу коммуникации.

КП: психоанализ; нейролингвистическое программирование (НЛП); способы приема и переработки информации; ведущая и репрезентативная системы приема и переработки информации,

модальности; ключи доступа; эмпатия; терапевтический альянс; терапевтический контракт.

Методические указания: Наибольшее внимание процессу взаимодействия врача и пациента уделял психоанализ: это направление оказало главное влияние на обучение коммуникационным процессам врачей-психиатров и психотерапевтов, даже не относящихся к психоаналитическим школам. Такие понятия, как «сопротивление», «перенос», «контрперенос» прочно вошли в терминологию психологов, психиатров и психотерапевтов (см. с. 222). Следующим направлением, внесшим значительный вклад в развитие этого вопроса, можно считать нейролингвистическое программирование (НЛП), сформировавшееся на основе психолингвистики, когнитивной психологии, нейрофизиологии, а также на основании анализа опыта успешных стратегий таких психотерапевтов, как В. Сатир, Ф. Перлз и М. Эриксон (см. с. 222). Вкратце смысл нововведений НЛП в теорию и практику коммуникации можно сформулировать следующим образом:

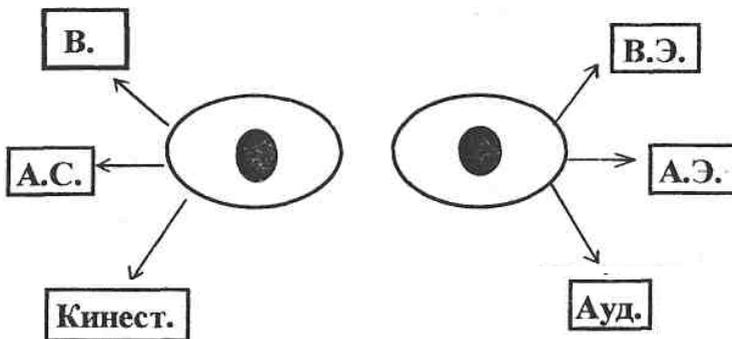
- Врач должен владеть техникой метакоммуникации (подробнее см. с. 222–223).
- Врач должен быть очень внимательным и учитывать всю информацию, которую можно услышать, увидеть и почувствовать.

Другими словами, процесс коммуникации – это процесс приема и переработки информации, поступающей по всем доступным для человека каналам. Причем, для осуществления доступа к психике пациента врачу необходимо знать, как протекают у того процессы приема и переработки информации.

Существуют три канала приема и переработки информации: 1) аудиальный (слуховой); 2) визуальный (зрительный); 3) кинестетический (уровень ощущений).

Наиболее простым способом диагностики преимущественных способов приема и переработки информации является наблюдение за движением глаз. Было замечено, что глаза двигаются не беспорядочно: когда человек визуализирует – глаза движутся вверх; когда человек работает с аудиальной информацией – глаза движутся в стороны по горизонтали; при переживании каких-ли-

бо ощущений – глаза движутся вниз и вправо. Удобнее изобразить это в виде схемы:



Пояснения к схеме:

Движение глаз: А.Э. – аудиальные эйдетические образы (т.е. имеющиеся в реальном опыте); А.С. – аудиальные сконструированные образы; В.Э. – визуальные эйдетические образы; В.С. – визуальные сконструированные образы.

По указанным глаздвигательным реакциям можно выяснить так называемые ведущие и репрезентативные системы приема и переработки информации. *Ведущая* – это преимущественная система приема и переработки информации, с помощью которой человек запоминает, сортирует и ищет информацию; *репрезентативная* – система, с помощью которой человек извлекает информацию. Эти системы являются «ключами доступа» к сознательной и бессознательной сфере пациента (см. с. 223). У разных людей ведущие и репрезентативные системы могут совпадать или не совпадать. По статистике большинство людей пользуются аудиальной системой в качестве ведущей. Пользуясь лингвистическими терминами, любую из перечисленных трех систем можно назвать модальностью, а отдельные признаки модальности – субмодальностями. Например, в визуальной модальности можно выделить несколько субмодальностей – ширина, длина, высота, перспектива, цвет и т.д. Использование в практике вышеперечисленных элементов может значительно облегчить коммуникацию (см. с. 224).

В эмоциональном плане в коммуникации врача и пациента большую роль играет *эмпатия* – способность к сопереживанию. Однако степень эмпатии не должна быть чрезмерной, так как это может привести либо к искажению действительности, либо к болезненным последствиям для психотерапевта (см. стр. 224–225).

Следующие элементы коммуникативного процесса в какой-то степени составляют последовательные этапы:



Под диагностикой *призыва к помощи* понимается прочтение реального контекста поведения пациента – его реальных желаний и целей. Под *психотерапевтическим контрактом* понимается установление единых целей и способов их достижения, что трудно осуществимо без *терапевтического альянса*, то есть без создания атмосферы понимания, безопасности и сотрудничества. Создание терапевтического альянса зависит от наличия у пациента того или иного типа взаимодействия с болезнью (ТВБ). Так, наиболее вероятным будет возникновение терапевтического альянса при адаптивном ТВБ или при наличии промежуточного ТВБ; при других формах ТВБ это затруднено и требует дополнительной подготовки (см. с. 226–227, 228, 229).

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Выработка практических навыков диагностики «ключей доступа».
3. Элементы групповой работы для выработки эмпатии. Критерии эмпатийного поведения – создание группового мнения.
4. Работа с больным по диагностике призыва к помощи.

Анализ личного опыта:

Личный опыт посещения эмпатийного и неэмпатийного врача.

Занятие 30

Тема: Частные вопросы коммуникации в диаде «врач – больной» (продолжение).

Цель занятия: (см. занятие 29).

КП: перенос; контрперенос; сопротивление; контрперенос в работе с VIP (very important person – очень важная персона).

Методические указания: Все элементы, которые будут разбираться ниже, встречаются преимущественно в психотерапевтическом процессе или при длительном взаимодействии с пациентом. Понятия переноса, контрпереноса и сопротивления зародились в рамках психоанализа, но в настоящее время получили более широкое применение и стали базовыми и для других специалистов. Естественно, что понимание этих элементов коммуникации утеряло стандартную психоаналитическую подоплеку, однако не утратило своей важности (см. с. 222, 229).

Перенос в традиционной психоаналитической трактовке есть перенесение на врача роли родителя (идентификация с родителем), со всеми сложностями взаимоотношений ребенка и родителя, включая комплекс Эдипа и Электры. В настоящее время под переносом понимается перенесение на врача любых характеристик, не имеющих в реальности отношения к личности врача или не касающихся терапевтического процесса (см. с. 229–230). Перенос может оказывать как позитивное влияние на процесс коммуникации, так и негативное. *Позитивным* он оказывается в тех случаях, когда на врача переносятся свойства, наделяющие его авторитетом, особыми возможностями; *негативным* – когда перенесенные свойства рожают в пациенте страх, ощущение опасности и безнадежности. Также имеет значение длительность переноса. Перенос обязательно должен разрушаться с течением терапевтического процесса, чтобы освободить место для полноценного терапевтического альянса. Если же он затягивается, то этап продуктивной работы становится невозможным.

ПАМЯТКА: Условия, приводящие к возникновению переноса

- влияние установок,
- влияние конформизма,
- работа механизмов психологической защиты,
- эффект ореола

Контрперенос – это система чувств, переживаний и отношений врача к пациенту, когда он переносит на пациента какие-то свои проблемы (см. с. 231 – 32). Контрперенос – оборотная сторона медали, так как неподготовленный в коммуникационном плане врач подчиняется тем же законам, что и его пациент, и так же, как и его пациент, не может проанализировать эту проблему и разрешить ее. Какой бы ни была эмоциональная «подкладка» контрпереноса (позитивной или негативной), это одинаково мешает коммуникационному процессу, хотя зачастую легче исправить «позитивный» контрперенос.

Краткий перечень ситуаций, когда врач может заподозрить наличие у себя контрпереноса:

- поблажки пациенту, которые могут привести к излишней затрате сил врачом, или неоправданная строгость по отношению к пациенту;
- «награждение» пациента эпитетами, кличками и т.п.;
- неоправданное занижение или завышение суммы гонорара;
- перенос встреч (без особой необходимости) на позднее время или на неудобное для пациента время (если есть другие возможности);
- создание излишне неформальной обстановки на приеме и т.д.

Как в случаях с обычными пациентами, так и с VIP, зачастую требуется специальная подготовка, направленная на снятие проблемы контрпереносов с помощью психотерапевтического курса.

Сопротивление – неосознанное стремление мешать продвижению терапии и проведению манипуляций. В основе сопротивления почти всегда лежат недоверие и страх перед лечением, что мешает созданию терапевтического альянса. Сопротивление может возникать по разным причинам:

- 1) функционирование нозофильных тенденций;
- 2) смена жизненных стереотипов под влиянием терапии;
- 3) функционирование дезадаптивных типов взаимодействия с болезнью;
- 4) функционирование «адаптационного образа болезни», в котором все действия врача рассматриваются как ошибочные или вредные;
- 5) влияние парамедиков, распространяющих искаженные сведения об официальной медицине;
- 6) страх потерять опору в лице своего врача, остаться один на один со сложностями жизни;
- 7) угроза самооценке человека, появляющаяся в ходе терапии;
- 8) негативная терапевтическая реакция или «психосоматическое алиби» (подробнее см. с. 232–234).

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Работа с больным: диагностика факторов, предрасполагающих к появлению переноса и сопротивления.
3. Анализ истории болезни (клинического случая).
4. Отработка способов преодоления сопротивления (элементы групповой психотерапии).

Анализ личного опыта:

Анализ контрпереносных реакций, появляющихся во время взаимодействия.

Раздел 7. ПСИХОЛОГИЯ ВРАЧА

Занятие 31

Тема: Мотивация выбора профессии.

Цель занятия: Получить представление о мотивациях выбора профессиональной деятельности, о том, как влияет мотивация выбора профессии на качество работы врача, какие проблемы при этом могут возникать.

КП: врачебная профессия; мотивация; позитивные мотивации; негативные мотивации; изменение мотивов.

Методические указания: Вопрос о значении мотивации в выборе профессии остается открытым. Не всегда можно четко разделить мотивы на негативные и позитивные, так как человек, пришедший в медицину с целью повышения собственной значимости или для решения своих собственных проблем, может оказаться качественным специалистом, тем более, что мотивы со временем могут меняться. Однако, если не исследовать этот вопрос и не отдавать себе отчет в собственных мотивах, человека могут преследовать опасности, такие, как разочарование в своей профессии, появление цинизма или «синдром сгорания» вследствие чрезмерного сопереживания своим пациентам и т.п. Поэтому исследование психологии врача начинается с исследования его мотивов выбора профессии (см. с. 235).

Большинство людей, выбирая профессию, руководствуется не конкретными знаниями о своем будущем выборе или своими талантами и способностями. Зачастую мотивации формируются по совершенно другим принципам. И перед исследованием факторов, влияющих на появление мотивации, выяснением мотивов руководства человека в выборе врачебной профессии, попробуем представить модель принятия решения.



Второй вариант – это возникновение мотивации без необходимости выбора. Факторы, влияющие на создание мотивации выбора врачебной деятельности, можно условно разделить на социальные (или социокультурные) и личностные. К личностным относятся следующие (см. стр. 235–236, 237):

1) мотивация по методу исключения (все остальное скучно и неинтересно);

2) после собственной длительной болезни;

3) стремление помочь своим близким, которые больны;

4) стремление к самопознанию;

5) познавательная мотивация.

К социально обусловленным можно отнести:

1) врачебную семью;

2) престижность профессии;

3) материальную выгоду от профессии (см. стр. 235–236).

Если есть смешанная мотивация, в которой высока доля и социальной и личностной обусловленности – это *повышение самоуважения за счет профессии* (см. стр. 237). Другой мотивацией, имеющей большую степень личностной обусловленности, является *получение власти*, так как больной человек является прекрасным объектом для манипуляций (см. с. 238).

Как уже отмечалось, мотивации нестойки и зачастую подвергаются трансформации, а знание о них может помочь врачу сохранять их или менять в нужную сторону. Наиболее оптимальным является набор нескольких мотиваций, уравновешивающих

друг друга, например, сочетание стремления к самопознанию – с одной стороны, и материальных выгод – с другой.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Анализ собственных мотивов выбора профессии – дискуссия.
3. Создание общей модели трансформации мотивов.

Занятие 32

Тема: Личностные и характерологические особенности врача.

Цель занятия: Изучить, каким набором личностных качеств должен обладать эффективный врач; каким образом осуществляется подготовка врача, выработка им необходимых качеств и умений; технологии, применяемые для выработки профессиональных качеств и умений.

КП: личностные особенности врача; самопознание; формы подготовки; Балинтовские группы; Т-группы; группы личностного роста; психотерапевтические технологии.

Методические указания: Сегодня не определен набор качеств, которыми должен обладать врач для успешной деятельности. Все имеющиеся критерии носят условный характер, зачастую важно не столько приобрести какие-либо конкретные качества, сколько хорошо использовать реально имеющиеся (см. с. 238). Для врача, как для профессионального коммуникатора, желательно не иметь физических недостатков, но опыт показывает, что некоторые люди с явными физическими недостатками оказывались прекрасными коммуникаторами (например, М. Эриксон), и их пациенты не обращали внимания на это. Трудно найти какие-либо качества, каким бы нельзя было научиться, пожалуй, только тяжелые психические заболевания (и лишь в некоторых случаях – соматические) могут послужить противопоказанием к профессии врача. Суммируя, можно сказать, что основное качество врача – это гибкость, способность постоянно изменяться. Из частных качеств можно выделить следующие: 1) стремление к самопознанию; 2) умение управлять своими чувствами; 3) способность к целостному неконфликтному «Я»;

4) навыки активного слушания; 5) терпение; 6) умение читать нюансы человеческого поведения; 7) наличие мотивации на общение (см. с. 238–239).

Существует много форм обучения врачей навыкам коммуникации и создания необходимых профессиональных навыков. Упомянем основные (см. с. 240–241):

1) Балинтовые группы – группы, в которых обсуждаются сложности взаимодействия с пациентами;

2) Т-группы – тренинговые группы, в которых оттачиваются необходимые навыки и создаются более эффективные стереотипы поведения;

3) группы личностного роста – вариант тренинговых групп, основной целью которых является самопознание и самосовершенствование.

Основные задачи тренинговых групп:

- получение навыков коммуникации;
- умение читать и выражать чувства;
- аутентичность (подлинность);
- открытость.

Обучающий процесс может обеспечиваться различными технологиями, важно, чтобы соблюдались вышеперечисленные требования (см. с. 241–242).

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.

2. Элементы тренинговых групп: групповые упражнения на формирование открытости, умение выражать свои чувства. Самодиагностика аутентичности.

3. Элементы групповой дискуссии: диагностика собственных проблем, умение формулировать проблему, навыки ведения дискуссии.

Занятие 33

Тема: Проблемы врачебной деятельности.

Цель занятия: Изучить возможные последствия врачебной деятельности – изменения личности и поведения, способы предупреждения и преодоления профессиональной деформации.

КП: механизмы психологической защиты (МПЗ); профессиональная деформация; профессиональная адаптация.

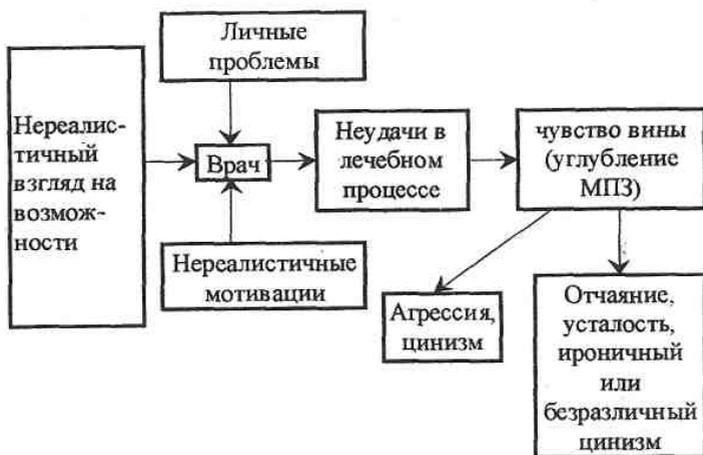
Методические указания: Профессия врача – одна из самых опасных в плане возникновения личностной деформации, поскольку врач вынужден каждый день сталкиваться со страданиями и болью, тем более, что во многих случаях он не может «излечить» всех своих пациентов (см. с. 242).

К факторам, способствующим появлению профессиональной деформации, можно отнести следующие: определенные мотивации, в основе которых лежит нереалистичский взгляд на возможности выбранной профессии; отсутствие необходимых профессиональных качеств, личные проблемы, ведущие к активизации МПЗ.

Профессиональная деформация может проявляться в следующих вариантах: 1) реакция утомления и реакция утраты интереса; 2) профессионально-иронический цинизм; 3) агрессивный цинизм; 4) синдром «сгорания»; 5) реакция безразличия; 6) меркантилизм (когда материальные выгоды берут верх над здравым смыслом – циничное вымогание денег) (см. с. 242–243).

Ниже будет представлен один из возможных алгоритмов появления профессиональной деформации:

АЛГОРИТМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ



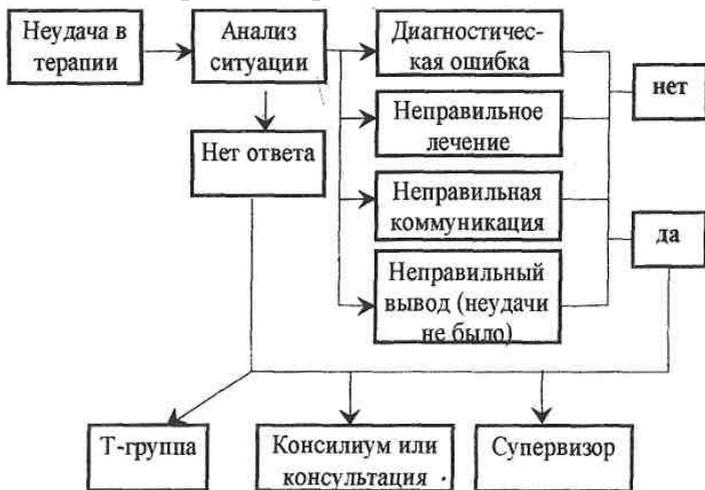
Во многих из перечисленных видов профессиональной деформации основой является чувство вины, возникающее в ответ на неспособность творить чудеса и исцелять всех, кто приходит на прием.

Противоположным профессиональной деформации является феномен профессиональной адаптации (см. с. 243). Суть данного феномена заключается в приобретении реалистического взгляда на собственные возможности, ответственности, умении управлять своими чувствами. В случае профессиональной адаптации достигается необходимый уровень самоуважения (в отличие от профессиональной деформации, когда самоуважение подменяется, к примеру, ощущением власти над пациентом).

Преодоление и предупреждение профессиональной деформации – один из самых важных разделов психологии врача, так как это снижает потерю кадров и ведет к повышению качества жизни врачей.

Рассмотренные нами способы подготовки врачей (группы личностного роста, Т-группы) одной из своих целей ставят предупреждение и преодоление профессиональной деформации.

Одним из путей, препятствующих появлению деформации, является реалистичность. Попробуем представить себе возможную модель реалистичной оценки ситуации терапевтической неудачи с попыткой решения проблемы.



Напоминание: Созыв консилиума не снимает с врача личной ответственности.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Дискуссия и мозговой штурм – создание моделей возникновения профессиональной деформации.
3. Дискуссия и «мозговой штурм» – создание модели предупреждения и преодоления профессиональной деформации.

Раздел 8. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА И МЕДИЦИНСКОЙ СРЕДЫ

Занятие 34

Тема: Психологические эффекты биологической терапии.

Цель занятия: Изучить психологические эффекты, оказывающие позитивное или негативное влияние на лечебный процесс, способы усиления позитивных эффектов и способы нейтрализации негативных.

КП: плацебо-эффект; мильо-эффект; клинические испытания; плацебо-препарат; слепой метод; двойной слепой метод; оценочные шкалы.

Методические указания: Воздействие биологической терапии очень трудно объяснить исключительно с химической точки зрения. Невозможно представить себе, что в процессе терапии личность человека, его психика могут быть интактны; исключением является лишь состояние комы, хотя и это неподтвержденный, малоизученный факт. Успех биологической терапии и ее неудачи во многом зависят от психологических эффектов, возникающих во время лечения.

Можно выделить два основных эффекта: 1) плацебо-эффект; 2) мильо-эффект (см. с. 245–246).

Плацебо-эффект – это реализация ожидаемого эффекта, который может быть как позитивным, так и негативным. Для того, чтобы понять, как возникает плацебо-эффект и какие факторы его усиливают, следует изучить модель клинического испытания лекарственных препаратов. Основная цель клинического испытания – исследование терапевтических эффектов препарата и вызываемых им побочных явлений. Для этого необходимо свести к минимуму плацебо-эффект в основной исследуемой группе и сравнить эти результаты с группой пациентов, получающих плацебо-препарат – интактное вещество, по вкусу и внешнему виду напоминающее испытываемый препарат.

ЭТАПЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ:



Оценивают результаты с помощью оценочных шкал – отдельно для экспертов и пациентов, сравнивают экспертную оценку и субъективную оценку пациентов.

Можно выделить три фактора, влияющих на возникновение плацебо-эффекта: 1) условно-рефлекторные факторы; 2) эффект конформизма; 3) эффект социальной установки.

Следующим психологическим эффектом является мильо-эффект, или лечебный эффект медицинской среды. Основными условиями создания мильо-эффекта являются следующие: 1) комфортные условия в лечебном учреждении; 2) уютная, безопасная обстановка; 3) атмосфера, приближенная к «адаптационным образам» пациента; 4) внимательность и понимание со стороны медицинского персонала; 5) деловитость. Еще одним условием является, пожалуй, искренность намерений – отсутствие наигранности.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Ролевые игры – получение навыка усиления плацебо-эффекта.
3. Демонстрация работы врача, назначающего препарат, с последующим обсуждением тактики.
4. Создание гипотетической модели клиники с максимальным мильо-эффектом.
5. Работа с оценочными шкалами.

Занятие 35

Тема: Информирование больных о болезни.

Цель занятия: Изучить способы информирования больных о болезни, способы снижения негативных реакций.

КП: информирование; правила информирования; эмоциональные реакции; МПЗ; терапевтический альянс.

Методические указания: Информирование о болезни имеет два аспекта: медицинский и социальный. Основная задача информирования о болезни и методах лечения с медицинской точки зрения – добиться продуктивного сотрудничества с пациентом или его родственниками. Социальный аспект включает в себя право пациента на знание о своей болезни и методах ее лечения. Поэтому, информируя человека о его болезни, приходится решать сложную задачу – сохранения максимально возможного уровня интрапсихической адаптации (см. с. 249–250).

В целом, медицинские задачи информирования можно представить следующим образом: 1) уменьшение уровня аффектив-

ных расстройств (тревоги, страха, чувства неуверенности, неопределенности); 2) обеспечение, по возможности, адаптивного типа взаимодействия с болезнью; 3) достижение терапевтического альянса (см. с. 255).

В информировании необходимо строго соблюдать следующие принципы: 1) подробность и полнота информации (информация как о позитивных сторонах лечения, так и негативных); 2) разделение ответственности – предоставление права выбора для пациента и его родственников; 3) обеспечение конфиденциальности информации – права на безопасность.

Осуществить процесс информирования помогут следующие механизмы: 1) работа в рамках «адаптационных образов» пациента; 2) тщательная подготовка к встрече; 3) использование психотерапевтических технологий при информировании (позитивный смысл, метафоры, рефрейминг); 4) избегание заведомо нереалистических обещаний; 5) знание личностных особенностей пациента; 6) постоянная обратная связь во время информирования (см. с. 251–254).

Этот список, несомненно, следовало бы продолжить, поскольку весь курс «психологических основ врачебной деятельности» можно считать руководством для информирования пациента о болезни и методах лечения.

Остановимся на том, чего не следует делать при информировании:

- 1) информировать в спешке, «на ходу»;
- 2) информировать при посторонних;
- 3) грубо (или резко) прерывать эмоциональные реакции пациента;
- 4) давать объяснения, заведомо непонятные пациенту;
- 5) угрожать и пугать последствиями;
- 6) давать обещания, которые врач не в силах сдержать;
- 7) скрывать информацию с целью «обнадежить» (ложь во спасение);
- 8) иронизировать по поводу болезни;
- 9) давать негативные интерпретации действиям других врачей;
- 10) обвинять кого-либо в причинах возникновения болезни.

Процесс информирования станет более легким, если врач оюладает такими качествами, ка реалистичность и ответственность, а также будет помнить о правилах информирования, регламентирующих этот вопрос в некоторых отраслях медицины (например, в психиатрии).

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Ролевые игры с элементами групповой психотерапии: информировать своего партнера о наличии у него тяжелого заболевания или о предстоящей манипуляции.
3. Демонстрация работы врача по информированию больного с последующей дискуссией.

Занятие 36

Тема: Территориальный фактор в лечебном процессе и больничной среде.

Цель занятия: Изучить значение территориального фактора в лечебном процессе, приобрести навыки работы с дистанцией.

КП: территориальный фактор; территориальное поведение; дистанция общения; фиксированные территории.

Методические указания: *Территориальный фактор* – это один из факторов коммуникации людей. Во взаимодействии врача и больного процесс начинается с выбора определенной дистанции. *Дистанция общения* – первый важный элемент территориального поведения. Вторым элементом, который необходимо учитывать в лечебном процессе, является *фиксированная территория*. Территориальное поведение несет в своей основе обеспечение безопасности. При этом дистанция должна быть достаточной, чтобы избежать угрозы прямого нападения и вовремя ретироваться, а фиксированная территория обозначает место, где человек может чувствовать себя комфортно и безопасно, не боясь посягательств со стороны других людей. На функционирование территориального поведения оказывают влияние следующие факторы: 1) принадлежность к определенной культуре; 2) социальный статус; 3) социальные установки; 4) возраст; 5) ситуация; 6) наличие или отсутствие психического напряжения.

В выборе дистанции межличностного общения необходимо учитывать все перечисленные факторы (см. с. 255–256). При изменении дистанции, особенно при сближении, желательно объяснить свои действия, чтобы избежать нарастания психического напряжения и возникновения агрессии. Анализ дистанцирования пациента может служить и диагностическим критерием, так как аффективная патология или другие психические расстройства могут резко менять территориальное поведение. Нарушение указанных принципов, обуславливающих территориальное поведение, может свидетельствовать о выраженных аффективных расстройствах.

Фиксированные территории (см. с. 257–258), как уже было отмечено выше, осуществляют право человека на безопасность. Когда человек находится в ситуации стресса (а болезнь, безусловно, является такой ситуацией), наличие территории, принадлежащей только ему, становится позитивным фактором. Поэтому в психологии больничной среды необходимо учитывать потребность пациента в фиксированной территории. На значимость фиксированной территории может указывать такой факт, как граудинг-стресс, – стресс в результате перенаселенности, когда человек находится в хроническом напряжении из-за того, что границы его территории постоянно нарушают.

Еще одним элементом медицинской среды является взаимодействие между пациентами (см. с. 258–261). Оно может носить как позитивный, так и негативный характер. Позитивное, бесконфликтное взаимодействие зависит от наличия фиксированной территории, социального статуса пациентов, возрастной однородности и ряда других факторов, но, несомненно, регулирующая роль здесь принадлежит врачу. Возможности врача в налаживании медицинской среды во многом зависят от знания врачом психологических основ болезненного процесса, коммуникации и психологии среды.

Практическая часть:

1. Обсуждение основных учебных элементов.
2. Выработка навыка работы с дистанцией (выбор дистанции с ориентацией на обратную связь) – ролевые игры с элементами групповой психотерапии.

3. Работа с больным: провести сбор анамнеза с учетом полученных знаний о территориальном поведении.

Анализ личного опыта:

Значение фиксированной территории в обыденной жизни.

**В.В. Соложенкин, А.Г. Зарифьян, В.И. Тен,
М.А. Исаков, Н.П. Фетисова**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Руководство
к практическим занятиям**

Редактор *К. Тимофеева*
Компьютерная верстка *А.Ж. Малдыбаева*

Подписано в печать 8.12.2016
Формат 60×84 ¹/₁₆. Печать офсетная.
Объем 15,25 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 99

Издательство КРСУ
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2