

**Министерство образования и науки РФ**

**Федеральное государственное автономное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования  
«Казанский (Приволжский) федеральный университет»**

\*\*\*\*\*

**ИНСТИТУТ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ**

*А.В. Фролова, А.Ф. Минуллина*

# **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

***УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ***

***(ЧАСТЬ 2)***

Казань 2013

УДК 159.9:61

ББК 88.4

Ф.91

Печатается по решению кафедры общей и практической психологии  
ФГАО УВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

**Научный редактор:**

Менделевич В.Д., доктор медицинских наук., профессор

**Рецензенты:**

Сахаров Е.А., кандидат медицинских наук, доцент

Макаричева Э.В., кандидат медицинских наук, доцент

**Фролова А.В., Минуллина А.Ф.**

Ф.91 Клиническая психология: Методическое пособие.- Казань: ФГАО УВПО  
«Казанский (Приволжский) федеральный университет», 2013.- 74с.

Предлагаемое учебное пособие представлено в двух частях. Во второй части пособия излагаются основы неврологии, психосоматики, психологии девиантного поведения и др. Отдельный раздел посвящен теме суицидального поведения детей и подростков.

Учебное пособие предназначено для студентов педагогических и психологических вузов.

ББК 88.4

УДК 159.9:61

© Фролова А.В., Минуллина А.Ф., 2013

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Глава 1. Реакции личности на психическую травму</b>	
1.1. Психическая травма.....	3
1.2. Механизмы психологической защиты.....	5
1.3. Копинг-стратегии поведения.....	12
Литература.....	16
<b>Глава 2. Невротические расстройства</b>	
2.1. Невротические расстройства: определение и подходы к пониманию .....	17
2.2. Теории невротогенеза.....	20
2.3. Классификация невротических и соматоформных расстройств.	
Клинические проявления невротических расстройств.....	25
Литература.....	33
<b>Глава 3. Психосоматические расстройства</b>	
3.1. История развития представлений о психосоматических расстройствах.....	35
3.2. Модели формирования психосоматических расстройств.....	41
Литература.....	43
<b>Глава 4. Психология девиантного поведения</b>	
4.1. Виды и формы девиантного поведения.....	45
4.2. Признаки девиантного поведения.....	53
Литература.....	54
<b>Глава 5. Суицидальное поведение детей и подростков</b>	
5.1. Понятие суицида.....	54
5.2. Причины и мотивы суицидального поведения у детей и подростков.....	59
5.3. Модель суицидальной превенции «Уровни профилактики суицида в образовательной среде».....	66
Литература.....	70
<b>Дополнительная литература.....</b>	<b>72</b>

# ГЛАВА 1.

## РЕАКЦИИ ЛИЧНОСТИ НА ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим заболеванием (Менделевич В.Д.)

### 1.1. Психическая травма

**Психической травмой** называется жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иных жизненных ситуаций. Согласно классификации D.Magnusson, существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы — отдельные объекты или действия.
2. Эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие.
3. Ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.
4. Окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.
5. Среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так окружение и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе фактора психической травмы выделяются следующие ее характеристики:

- интенсивность
- смысл
- значимость и актуальность
- патогенность
- острота появления (внезапность)
- продолжительность
- повторяемость
- связь с премоурбидными личностными особенностями.

По мнению Г.К.Ушакова по интенсивности психических травм их нужно делить на: 1) *массивные (катастрофические)*, внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности, б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума); 2) *ситуационные острые (подострые)*, неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения); 3) *продолжительные ситуационные*, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация

изобилия — кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые, б) неосознаваемые и непреодолимые; 4) *продолженные ситуационные*, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации, б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В.Н. Мясищев делил психические травмы на *объективно-значимые и условно-патогенные*, подчеркивая тем самым семантическую роль события. Под объективно-значимыми понимаются жизненные события (психические травмы), значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей — смерть близкого, развод, увольнение и пр. Условно-патогенными называют события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (к примеру, потеря марки из коллекции филателиста). Широко распространена в западной психиатрии шкала Holmes-Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный выраженный в баллах коэффициент. На основании суммы баллов предлагается судить о силе и интенсивности психического воздействия жизненных событий. Так, наивысшее количество баллов за травмирующее влияние приписывается смерти супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), тюремное заключение (63), смерть родных (63), женитьба (50), примирение супругов (45), выход на пенсию (45). Авторы включили в шкалу стресса даже такие ситуации, как заклад или заем суммы денег. Причем, если заклад или заем не превышает 10 тысяч долларов, то это дает 17 баллов по шкале стресса, а свыше 10 тысяч — 31 балл. На основании простого арифметического подсчета баллов предполагается, что можно в процентах априорно оценить риск возникновения невроза. Шкала Holmes-Rahe, несмотря на очевидную субъективность и недостоверность, до настоящего времени широко используется в научных исследованиях, затрагивающих проблемы неврозогенеза (Менделевич В.Д.).

Актуальный конфликт формирующийся на базе психической травмы, по мнению N.Peseschkian, складывается из жизненных событий и мюфотравм, роль которых выделяется этим автором особенно. К последним относятся, к примеру, такие, как непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, неверность участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны вызвать и сформировать невротическую симптоматику. Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность пси-хотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм, которые входят в противоречие с представлениями человека о «правильных качествах» партнера (Менделевич В.Д.).

## 1.2. Механизмы психологической защиты

Традиционно, под психологической защитой понимают механизм, позволяющий человеку сохранять сформировавшееся мнение о себе, отторгая или искажая информацию, расцениваемую как неблагоприятную и разрушающую первоначальные представления о себе.

Чтобы сохранить ценность «Я», личность вынуждена развивать защитные механизмы, искажающие образ «Я», но сохраняющие положительное отношение к себе. В одном случае возникает сосредоточение на определенном виде деятельности или отрезке жизни. В другом – компенсируются негативные аспекты образа «Я», в третьем – избегается конфронтация с информацией, которую не удалось нейтрализовать, при этом одновременно используя возвеличивающие качества «Я». (Е.Т.Соколова, 1969).

Информация изначально нейтральна и не несет никакой угрозы для Я – концепции человека. (Я – концепция определяется в «Психологическом словаре» как динамическая система представлений человека о самом себе) [20]. Итак, угрозу для Я – концепции несет не информация и не ситуация, а то значение, которое ей передается. Для одного человека достаточно неосторожного слова в его адрес, чтобы он оценил ситуацию как угрожающую целостности его Я – концепции, другой же вступает в полемику с удовольствием и не воспринимает как угрозу критику в свой адрес. Для каждого человека в соответствии с его Я – концепцией, существует свой набор стандартных для него значений, под которые «подводятся» различные ситуации. В соответствии с субъективным значением, приписываемым ситуации, запускается стереотипная защитная реакция (психологическая защита). Ситуации, воспринимаемые человеком, как угрожающие Я – концепции принято называть экзквизитными (от англ. exquisite – «острый, сильный, исключительный»).

Функция защиты: снять остроту психологического переживания эмоциональную задетость ситуацией. При этом ситуация всегда переживается, как вызывающая дискомфорт, страх, тревогу, ужас и т.д. Защита же «упрощает» ситуацию, «не дает» столкнуться с ней и пережить ее в полной мере. Личность при защитном отреагировании переживает временное облегчение. Мнимость, иллюзорность в преодолении субъективно сложной ситуации не осознается и психозащитная реакция закрепляется как поведенческий навык. В дальнейшем он приобретает тенденцию к переносу на ситуации, которым придается схожее значение, и приобретает статус психологического свойства.

Впервые к понятию психологической защиты обратился З.Фрейд в работе «Нейропсихология защиты» (1894). Он определял ее как механизм, действующий в ситуации конфликта и направленный на снижение чувства тревоги, связанного с конфликтом [28].

Защита реализует взаимоотношения в конфликте сознание – бессознательное. Сознание воздействует на бессознательное посредством вытеснения, что является защитой сознания от неприемлемых инстинктивных влечений, бессознательное воздействует на сознание посредством механизмов защиты, трансформирующих

вытесненные влечения в формы, приемлемые для реализации в поведении и сознании (рационализация, проекция, изоляция и др.) [36].

Последовательница учения своего отца Анна Фрейд достаточно однозначно обозначила факт, который включает работу защитных механизмов, - это страх, тревога. Она указала на три источника тревоги. Во-первых, это - тревога, страх перед разрушительными и безоговорочными притязаниями инстинктов бессознательного, которые руководствуются только принципом удовольствия. Во-вторых, это - тревожные и невыносимые состояния, вызванные чувством вины и стыда, разъедающими угрызениями совести. И, в-третьих, - это страх перед требованиями реальности. [27].

А. Фрейд показала, что определенные наборы психозащитных техник ведут к соответствующей определенной симптоматике. Это доказывается и тем, что при определенных психологических патологиях используются соответствующие защитные техники. Так, при истерии характерно частое обращение к вытеснению, а при неврозе навязчивых состояний происходит массивное использование изоляции и подавления.

Среди современных исследователей нет единого мнения по вопросу о том, сколько всего известно защитных механизмов. Л.И.Вассерман с соавторами (1998) приводит список из 34 механизмов психологической защиты: вытеснение, отрицание, перемещение, обратное чувство, подавление (первичное или вторичное), идентификация с агрессором, аскетизм, интеллектуализация, изоляция аффекта, регрессия, сублимация, расщепление, проекция, прожектированная идентификация, всемо-гущество, девальюация (обесценивание), примитивная идеализация, реактивное образование (реверсия или формирование реакции), замещение или субстанция (компенсация или сублимация), смещение, интроекция, уничтожение, идеализация, сновидение, рационализация, отчуждение, катарсис, творчество, инсценирование реакции, фантазирование, заговаривание, аутоагрессия.

Неоднократно предпринимались попытки классификации защитных механизмов по разным основаниям – возрасту, привязанности к различным патологическим синдромам, по параметру вредности – полезности для психического здоровья, по степени их осознаваемости, по силе вытеснения и т.д. Мы предлагаем таблицу с классификацией психологических защит по степени развития (З. Фрейд и А. Фрейд).

**Таблица 1**

**Защитные механизмы в поведении человека**

<i>Название</i>	<i>Проявления в поведении</i>
<b>Менее развитые</b>	
избегание	Отказ от деятельности на том основании, что отсутствуют необходимые способности
отрицание	Непререкаемый оптимизм, уверенность в отсутствии реальной угрозы или препятствия
регрессия	Появление более ранних, детских моделей

	поведения в ответ на стрессовую ситуацию
идентификация	Моделирование собственного поведения по образцу другого, более авторитетного человека
идеализация	Приписывание человеку или событию выдуманных безусловно хороших (или безусловно плохих) свойств
<b>Более развитые</b>	
изоляция аффекта	Сильные чувства определяются от вызвавших их стрессовых ситуаций
расщепление (диссоциация)	Выделение в собственной психике признаков второй личности, которой и приписываются отрицательные мысли и поступки
вытеснение (репрессия)	Неосознанное «добывание» неприятных фактов и нереализованных потребностей, замещение их достижимыми целями
конверсия	Вариант вытеснения, при котором чувство тревоги и неудовлетворенности преобразуется в соматические, неврологические или психические расстройства по механизму самовнушения
обесценивание	Отрицание наличия каких-либо потребностей вообще, пессимизм, бездеятельность
рационализация	Вариант обесценивания, при котором логические рассуждения применяются для того, чтобы объяснить отсутствие потребности как таковой (часто наблюдается у людей с развитым логическим, рациональным мышлением)
замещение (фиксация тревоги)	Уменьшение чувства тревоги и неудовлетворенности, которое связывается с определенными ситуациями. В дальнейшем появляется ложное ощущение, что избегая неприятных ситуаций, можно предотвратить возникновение тревоги
гиперкомпенсация (реактивное обучение)	Принятие чувств или совершение поступков, противоположных тем, что были вытеснены, с целью еще большего их подавления
проекция (концептуализация)	Неприемлемые импульсы приписываются другим людям
интеллектуализация	Замещение нежелательного импульса сложными логическими построениями,

	сопоставлениями
<b>Развитые</b>	
сублимация	Удовлетворение неприемлемой потребности в форме, которая поощряется обществом и приносит человеку удовольствие; осуществленная цель нравственно выше первоначальной, нереализованной
подавление	Активное перенесение конфликта в область подсознания: чувства сдерживаются, но не теряют силы
постоянные защиты («броня характера»)	Юмор, альтруизм, фантазии, ирония, «постоянная» улыбка, высокомерие, дерзость, аутизм.

Остановимся немного подробнее на уже названных механизмах.

**Отрицание** сводится к тому, что информация, которая тревожит и может привести к конфликту, не воспринимается. Обычно оно формируется в детском возрасте и не позволяет человеку адекватно оценивать происходящее.

При отрицании переориентируется внимание. Его направление меняется так, что человек становится особо невнимательным к тем сферам жизни и граням событий, которые чреватые для него неприятностями.

Отрицание может позволить человеку превентивно (с опережением) отгородиться от травмирующих событий.

Стимул для запуска отрицания может быть не только внешним, но и внутренним, когда человек старается о чем-то не думать, отогнать мысли о неприятном.

**Идентификация** – бессознательный перенос на себя чувств и качеств другого человека (недоступных, но желательных). У детей – это простейший механизм усвоения норм социального поведения и этических ценностей.

В результате идентификации осуществляется воспроизведение поведения, мыслей и чувств другого лица через переживание, в котором познающий и познаваемый становятся единым.

Идентификация опосредует принятие женской или мужской роли, позиции взрослого, т.е. участвует в формировании «сверх Я». Нарушение идентификации может породить тяжелые переживания. Так, например, конфликтные дети и подростки настолько тесно связаны со своим окружением, что, по сути дела, являются его продуктом. Если по каким-то причинам отношения привязанности рвутся, такие дети очень тяжело переживают разрыв, теряя себя, и не понимая, как дальше жить и действовать. Типичным для них является конфликт, возникающий на основе коренной ломки жизненных стереотипов - при необходимости перейти в другой класс или школу, поменять место жительства или найти новых друзей.[19]

**Вытеснение** - способ избегания внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания неприемлемого мотива, травмирующей информации. Несмотря на то, что содержательная сторона травмирующей ситуации не осознается, конфликт все же сохраняется, а вызванное им эмоционально-вегетативное напряжение субъективно может восприниматься как состояние неопределенной тревоги. Поэтому вытесненные влечения могут проявляться в невротических и физиологических симптомах.

Вытеснение требует постоянного расхода энергии и эти затраты вызывают торможение других видов жизненной активности.

По мнению З.Фрейда, причиной вытеснения является стремление избежать неудовольствия, вызванного данным восприятием.

Вытеснение может осуществляться не только полностью, но и частично. При неполном вытеснении остается невытесненным, сохраненным отношение человека к истинному мотиву как причине переживания.

**Проекция.** В случае действия механизма проекции вытесненные у себя желания приписываются другому человеку. Проекция осуществляется легче на того, чья ситуация, чьи личностные особенности похожи на проецирующего. Личность, использующая проекцию, не самодостаточна, она может обосновать смысл своего существования через отрицание, порицание другого человека. [8].

В основе проекции лежит неосознаваемое отвержение своих переживаний, сомнений, установок и приписывание их другим людям с целью переложить ответственность за то, что происходит внутри «Я», на окружающий мир.

Вследствие замкнутости, недоверчивости, неуверенности, тревожности и невысокого уровня интеллекта, проекция становится стереотипным способом защиты, который может сохраниться как черты характера. Этот механизм не позволяет трезво оценить свои сильные и слабые стороны.

Существует и другой вариант проекции, позволяющий формировать дружеские привязанности и укреплять отношения с другими людьми, так называемое *альтруистическое подчинение*. В этом случае кажется, что человек не стремится к достижению личных целей, а растрчивает свою энергию на других, как бы живет их жизнью, в их отраженном свете.

На самом деле такой способ поведения позволяет не только косвенно реализовать его собственные скрытые и запретные желания, но и высвободить заторможенную активность и агрессию.[18]

При использовании техники изоляции аффекта (отчуждения) связь между событием и его эмоциональной окраской не отражается в сознании.

**Включение** – способ психологической защиты, при котором переоценивается значимость травмирующего фактора. Для этого используется новая глобальная система ценностей, куда прежняя система входила как часть, при этом относительная значимость травмирующего фактора понижается на фоне других, более мощных. Примером может послужить ситуация, когда человек наблюдает драматические события, происходящие в жизни других людей, существенно более

тягостные и травмирующие, чем те, которые тревожат его самого. Он оценивает свою жизненную ситуацию в сравнении с более сложной и испытывает облегчение.

**Замещение** – это замена действия, направленного на недоступный объект, на действие с доступным объектом. Оно снимает напряжение, созданное неудовлетворенной потребностью, но не приводит к достижению желаемой цели. Классический пример замещения – человек «выплескивает» свое раздражение, гнев, досаду, вызванные одним субъектом, на другого или на первый попавшийся предмет. [10].

Характер поступка при замещении часто совершенно случаен, т.к. для человека важно лишь то, чтобы совершаемое действие было способно обеспечивать определенную разрядку в ситуации ущемления интересов.

Замещение может осуществляться разными способами. Первый способ – замещение одного действия другим. Второй способ замещения действия словом. Замещение может разворачиваться также путем перевода действий в иной план – из реального мира в мир утешительных фантазий.

**Рационализация** – разумное объяснение человеком своих желаний, поступков, бездействия, в действительности вызванных причинами, осознание которых представляет угрозу Я – концепции. Часто она связана с попыткой снизить ценность недоступной цели. Это основной способ самообмана, когда человек находит вполне логичное оправдание своим действиям и желаниям, находящимися в конфликте с его нравственными воззрениями. Выгоды рационализации – мир предстает стройным логически обоснованным, предсказуемым, прогнозируемым. Очевидные минусы: «отодвигание конструктивного решения во времени или в пространстве, усугубление проблемы задержки личностного роста, шаблонность, ригидность мышления.[3]

Основным психическим процессом, реализующим рационализацию, является абстрактное мышление, где компонентами служат понятия и применяются формальные операции.

Мощным стимулом, провоцирующим рационализацию, является потребность в системе разумной ориентации в окружающем мире.

Чаще всего рационализация достигается с помощью двух типичных вариантов: по типу «зеленый виноград» и по типу «сладкий лимон». Первый из них («зеленый виноград») основывается на понижении ценности поступка, который совершить не удалось, или результата, который не был достигнут.

В основе второго варианта («сладкий лимон») лежит повышение ценности совершенного поступка, полученного результата.

Рационализация – это поиск ложных оснований, когда человек не уклоняется от встречи с угрозой, а нейтрализует ее, интерпретируя безболезненным для себя способом.

В результате работы техники **гиперкомпенсации** (реактивное образование) поведение сменяется на противоположное. При этом предмет желания, предмет отношения сохраняется (изменяется знак отношения).

**Регрессия.** Проявляющиеся детские формы демонстративны и призваны замаскировать, заместить, отодвинуть поведение, которое человек в данный момент по каким-либо причинам не хочет принимать и осуществлять.

П.Жане обратил внимание на то, что человек откатывается к ранним, низким формам поведения, когда не выдерживает напряжения, которого от него требуют высшие, взрослые формы поведения.

**Сновидение** - это бессознательное действие « Я » в состоянии сна, которые могут сопровождаться эмоциональными переживаниями. Сновидение можно рассматривать как особый вид замещения, посредством которого происходит перенос недоступного действия в иной план - из реального мира в мир сновидений. Задача сновидения – выразить сложные чувства в картинах и дать человеку возможность их пережить, осуществив тем самым замещение реальных ситуаций.

Специфика замещений в сновидении состоит в том, что события в нем не связаны с реальностью: временем, пространством, необходимостью явлений.

Повторяющиеся сны – особый способ защиты, при помощи которого « Я » пытается сохранить устойчивость и равновесие.

Реализация в сновидениях осознаваемых и неосознаваемых желаний – это истинное замещение, поскольку переживания, сопровождающие сновидения, могут приводить к нормализации состояния во время бодрствования.

**Сублимация** – это один из высших и наиболее эффективных защитных механизмов человека. Она реализует замещение инстинктивной цели в соответствии с высшими социальными ценностями. Формы замещения разнообразны. У взрослых это не только уход в мечту, но и уход в работу, в религию, всевозможные увлечения. Защита по этому типу осуществляется путем переориентации сексуального и агрессивного потенциалов человека, реализация которых входит в конфликт с личностными и социальными нормами, в приемлемые и даже поощряемые формы общественной и творческой деятельности. Замещается не сам объект (неприемлемый на приемлемый), а способ взаимодействия с ним.

Сублимация пробуждающихся в подростковом возрасте половых инстинктов в различные виды интеллектуальной деятельности и физической активности – надежный путь снижения юношеской гиперсексуальности и повышения творческого потенциала. Однако сублимация не должна быть тотальной, поскольку существенное подавление реальной половой жизни или естественной (нормальной) агрессии не создает благоприятных условий для сублимирования стремлений т.к. в этом случае активность и способность к эффективным решениям начинают ослабевать.[27].

В общем случае сублимации – процесс, ведущий к переориентации реагирования с низших, рефлекторных форм на высшие, произвольно управляемые и способствующие разрядке энергии инстинктов в иные (неинстинктивные) формы поведения.

**Компенсация.** Компенсация – это механизм, который Эго использует для защиты от тревоги, возникающей из-за чувства незащищенности, прилагая

дополнительные усилия в зоне мнимой или действительной слабости. Некоторые великие люди представляют собой очень хорошие примеры механизма компенсации в действии. Мы видим проявления компенсации повсюду, где физические или психические, действительные или мнимые недостатки заставляют людей прилагать усилия, чтобы хоть как-то их восполнить.[3]

### 1.3. Копинг-стратегии поведения

В психотерапевтической и психологической литературе психологическая защита, как психологическая категория, нередко рассматривается как понятие близкое копинг-поведению.

Впервые термин «coping» был использован Л. Мерфи в 1962г. в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Копинг при этом понимается, как стремление индивида решить определенную проблему, которое, с одной стороны, следует понимать как врожденную манеру поведения, а с другой – приобретенную, дифференцированную форму поведения (владения собой, сдержанность, склонность к чему-либо). В последующем понимание копинг-механизмов было связано с исследованиями психологического стресса.

Многие исследователи считают, что стратегии совладания можно также рассматривать как родовое, более широкое понятие по отношению к ним, включающее в себя как бессознательные, так и осознанные защитные техники. Таким образом, в рамках этого подхода механизмы психологической защиты выступают только как один из возможных способов реализации копинг-поведения.

Копинг-стратегиями (совладающим поведением) обозначают сознательные усилия личности в ситуации психологической угрозы для совладания со стрессом и другими порождающими тревогу событиями (Lazarus R.S., 1966).[12]

Н.С.Вассерман (2000), рассматривая основные подходы в исследовании копинг-поведения, выделяет три подхода к пониманию его определения.

Первый подход характерен для психоаналитической школы. Копинг-процессы рассматриваются как эго-процессы, в своей основе направленные на продуктивную адаптацию личности в затруднительных ситуациях. Функционирование копинг-процессов предполагает включение моральных, социальных и мотивационных структур личности для совладания с проблемой. В случае неспособности личности к адекватному преодолению проблемы, включаются защитные механизмы, способствующие пассивной адаптации. Защитные механизмы определяются как ригидные, дезадаптивные способы совладания с проблемой, препятствующие адекватной ориентации индивида в реальности. Копинг и защита функционируют на основании одинаковых эго-процессов, но являются разнонаправленными механизмами в преодолении проблем.[4]

Второй подход – определяет копинг как качества личности, которые предполагают использование относительно постоянных вариантов ответа на стрессовые ситуации. Bilings A.G., Moos R.H, (1984) выделили три способа

совладания со стрессовой ситуацией:

- 1) оценка ситуации
- 2) вмешательство в ситуацию;
- 3) избегание ситуации.

Третий подход – копинг выступает как динамический процесс, который определяется субъективностью переживания ситуации. Lazarus R.S., Folkman S., (1984) обозначили психологическое преодоление, как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. Авторы выделили активное и пассивное копинг-поведение. Активная форма копинг-поведения (активное преодоление) является целенаправленным устранением или изменением влияния стрессовой ситуации, ослаблением стрессовой связи личности с окружающей средой.

Пассивное копинг-поведение (пассивное преодоление) – интран-сихические способы совладания со стрессом, с использованием различных техник психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации.

### ***Механизмы психологической защиты и копинг – стратегии как сходные процессы приспособления личности***

Научных исследований по проблеме копинга-поведения в России до 1990 года фактически не проводилась. Изучение В.А. Ташлыковым в 1990 году личностных механизмов совладания и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии явилось первой в России попыткой исследования копинг-поведения. В дальнейшем исследования проводились

В.А. Абабковым, Н.М. Веселовой (1994), В.Д. Видом, Г.Л. Исуриной, Б.Д. Карвасарским, Р.К. Назыровым, Ю.П. Поповым, Н.А. Сиротой (1994), Л.М. Таукеновой (1995), Е.И. Чехлатым (1994), Е.Н. Юрасовской.

Некоторыми авторами была сделана попытка объединить в единое целое защитные механизмы и копинг-механизмы.

Такое объединение психологических защит и копинг-поведения является целесообразным при постановке проблемы психотерапевтического лечения больных с различным психическими и соматическими заболеваниями, т.к. спектр механизмов приспособления на разных уровнях заболевания чрезвычайно разнообразен – от активных, гибких и конструктивных, до пассивных, ригидных и дезадаптивных механизмов психологической защиты.[31]

Н. Наан (1977) была предпринята попытка разграничить понятия копинг-поведения и механизмов психологической защиты. По ее мнению, понятие копинг-поведения неустойчиво, целесообразно, нацелено на действительность, а также позволяет и способствует адекватному кратковременному возбуждению организма. Защитные психологические механизмы являются вынужденными, негативными устойчивыми реалиями, зависимыми от интрапсихической действительности, они допускают скрытые влечения и способствуют выжидательному моменту, при котором тревога может быть преодолена без обязательного решения проблемы.

В нашей стране понятия механизмов психологической защиты и механизмов совладания (копинг-поведения) рассматриваются как важнейшие формы

адаптационных процессов и реагирования индивидов на стрессовые ситуации (В.А. Ташлыков, 1992). Ослабление психического дискомфорта осуществляется в рамках неосознанной деятельности психики с помощью механизмов психологических защит. Копинг-поведение используется как стратегия действий личности, направленной на устранение ситуации психологической угрозы. [24]

Для различения механизмов психологической защит и механизмов совладания предложена, следующая схема анализа.

1. Механизмы психологической защиты не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными: техники эмоционального самоконтроля являются пластичными и приспособлены к ситуации.

2. Механизмы психологической защиты стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникающего эмоционального напряжения; при использовании эмоционального самоконтроля человек, напротив, часто сам приносит себе мучения.

3. Механизмы психологической защиты «близоруки», создают возможность только разового снижения напряжения (принцип действия – «здесь и сейчас»), тогда как механизмы совладания рассчитаны на перспективу.

Механизмы психологической защиты приводят к искажению восприятия действительности и самого себя.

Типы модальности копинг-механизмов могут проявляться в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности больного. В когнитивной сфере могут получить развитие следующие копинг-механизмы: отвлечение или переключение мыслей на другие, более важные темы; игнорирование, снижение серьезности болезни и др. Копинг-механизмы, связанные с эмоциональной сферой личности больного, проявляются в виде, переживания протеста, возмущения, изоляции, подавления, самообвинения и др. С поведенческой сферой связаны следующие копинг-механизмы: отвлечение, альтруизм, активное избегание, компенсация, уединение.

Копинг-поведение регулируется посредством реализации копинг-стратегий на основе личностных и средовых копинг-ресурсов. Копинг-стратегии рассматриваются как актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессором. Характеристики личности и социальной среды, облегчающие или делающие возможной успешную адаптацию к жизненным стрессам, именуется копинг-ресурсами. (Н.А. Сирота, 1995)[22]

Р. Лазарус и С. Фолькман (1980) выделяют две основные функции копинга. Функция направленная на разрушение стрессовой связи личности и среды, названа «сфокусированной на проблеме». Функция, направленная на управление эмоциональным дистрессом, названа «сфокусированной на эмоциях». Человек использует эти две функции фактически при любой необходимости совладания со стрессовой ситуацией. Стресс может переживаться когнитивно, эмоционально или поведенчески, т.е. иметь разные модальности совладания, но обычно существуют комбинации всех трех этих компонентов.

Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский (1994-2000) описывают модель дезадаптивного копинг-поведения, которая характеризуется следующими признаками:

1. Преобладание копинг-стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки; интенсивное использование

интрапсихических форм преодоления стресса (защитных механизмов); несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения, неразрывность когнитивно-оценочных копинг-механизмов; дефицит социальных навыков разрешения проблем.

2. Преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме и оценка ее как угрожающей; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности; низкий функциональный уровень копинг-поведения.

3. Отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие на психоэмоциональное напряжение как на следствие негативного воздействия стрессора с целью его редукции, слабая осознаваемость стрессорного воздействия.

4. Низкая эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов (негативная, слабо сформированная Я-концепция, низкий уровень восприятия социальной поддержки, преобладание интернального локуса контроля, отсутствие эффективной социальной поддержке со стороны окружающей среды и т.д.).

### *Характеристика видов копинг стратегий*

В теории поведения выделяют ряд базисных копинг-стратегий: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки» и «избегание». Однако, одним из важнейших механизмов совладания является копинг-стратегия «разрешение проблем» – комплекс навыков для эффективного управления проблемными ситуациями. Разрешение социальных проблем рассматривается как когнитивно-поведенческий процесс, путем которого личность обнаруживает эффективные стратегии преодоления проблемных ситуаций, встречающихся в повседневной жизни.

Копинг-стратегия «поиск социальной поддержки» является одним из самых мощных копинг-ресурсов. Социальная поддержка, смягчает влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие человека. Социальная поддержка может иметь не только позитивный, но и негативный эффект. Последний связан с чрезмерным и неуместным оказанием поддержки, что может привести к потере чувства контроля и беспомощности (С.Л. Вотман, Д. Леман, 1985).

Следующей копинг-стратегией является «избегание». Она становится ведущей стратегией при формировании аддиктивного поведения (Н.А. Сирота, 1994). Это стратегия, направленная на совладание со стрессом, способствующая его редукции, но обеспечивающая функционирование и развитие индивида на более низком функциональном уровне.

Также копинг-поведение распределяют по трем основным сферам психической деятельности: в когнитивной, эмоциональной и поведенческой. В каждую сферу входит по несколько видов копинг-стратегий: (8 видов поведенческих стратегий); когнитивной (10 видов когнитивных стратегий); эмоциональной (8 видов эмоциональных стратегий). В свою очередь виды копинг-поведения были распределены на три основные группы по степени их адаптивных

возможностей: адаптивные копинги, относительно адаптивные и неадаптивные копинг-стратегии. (E. Heim, 1988).

Таким образом, все многообразие механизмов психологической защиты близко понятию совладания, но отличаются по параметрам – «активность – пассивность», «конструктивность - неконструктивность».

Подводя итог изложенному выше, отличие механизмов совладания от механизмов психологической защиты видится в том, что первые используются индивидом сознательно и направлены на смягчение ситуации, а вторые - неосознаваемы, пассивны и направлены на смягчение психического дискомфорта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. – М., 1995.-296с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 2000.-496с.
3. Бассин Ф.В. О силе Я и психологической защите// Вопросы философии – 1969. №2 – с118-126.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.:Наука, 1988. – 260 с.
5. Берштейн Н.А. О ловкости и ее развитии. – М., 1991. – 288с.
6. Василюк Ф.Е. Психологические переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М., 1984.
7. Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. /Под ред.И.Н.Фейгенберга, Г.Е.Журавлева. – М.1977. –392 с.
8. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. – Л.: изд-во ЛГУ., 1989.- 523с.
9. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
10. Киршбаум Э.И. Психологическая защита./ Киршбаум Э.И., Еремеева А.И. – М.:Смысл, 2000 - 181с.
11. Кулаков С.А. Основы психосоматики – СПб.: Речь, 2003. – 288с.
12. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования. // Эмоциональный стресс. / Под ред. Л. Леви: Пер. с англ. – Л.,1970. – С.178-180.
13. Ломов Б.Ф. Антиципация в структуре деятельности./ Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. – М., 1980. – 280с.
14. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза// Психологический журнал – 1996. - №4 – с.107-115.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592с.
16. Меницкий Д.Н. Высшая нервная деятельность человека и животных в вероятностно организованной внешней среде: Автореф. – М., 1981. –61с.
17. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: изд-во Ленинград.ун-та, 1960. – 166с.
18. Никольская И.М. Психологическая защита у детей./ Никольская И.М., Грановская Р.М. – СПб.: Речь, 200. – 507с.
19. Психологическая защита. Методические рекомендации./ сост.Филатов А.Т., Кочарян Г.С. – Харьков, 1986.

20. Психологический словарь/ под ред. Зинченко В.П., Мещерякова Б.Г. – М.: Педагогика – пресс, 1998. – 440с.
21. Свядощ А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 368с.
22. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. // Обзор психиатрии и мед. психологии., - 1993.- №1. – С.53-60.
23. Соложенкин В.В., Носков Г.Г. Экспериментально-психологическое исследование прогнозирования у больных неврозами // Журнал Невропат и Психиатр. – 1985. – 12. – с.1833-1837.
24. Ташлыков В.А. Психологическая адаптация у больных неврозами в инициальный период формирования внутренней картины болезни // Современные формы и методы организации психопрофилактической работы. – Л., 1985.
25. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – м.: Медицина, 1987. – 304с.
26. Франкл В. Доктор и душа. – СПб. : Ювента, 1997. – 286с.
27. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы личности. – М., 1993.
28. Фрейд З. Введение в психоанализ. – М.: Наука, 1989. – 456с.
29. Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1990 – 1.425 – 439с.
30. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – М., 1993. – 480 с.
31. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием психотерапии: Дисс... кандидата медицинских наук. – СПб., - 1994. – 1971с.
32. Юнг К. Проблемы души нашего времени. – М., 1993. – 336с.

## **ГЛАВА 2. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

### **2.1. Невротические расстройства: определение и подходы к пониманию**

Современную ситуацию в неврологии можно без преувеличения обозначить проблемной. Заболевание (невроз), которое известно уже несколько столетий и описание, которого связано с именем Куллена, не становится яснее в теоретическом плане и излечимее на практике. Выздоровление больных не происходит чаще, чем это было многие годы тому назад. Подвергаются кардинальному пересмотру основополагающие диагностико-нозологические признаки неврозов, такие, к примеру, как функциональность, т.е. обратимость невротических расстройств после нормализации жизненной ситуации и исчезновения психотравмы

Наибольшие сложности возникают при определении границ невротических расстройств, строгого определения данного вида психической патологии и разграничения его феноменологическими сходными, но имеющими принципиально иные механизмы психогенеза.

Определение невротических расстройств традиционно строится на двух принципах: *позитивной и негативной диагностике*. В рамках первой распознавание невротических расстройств базируется на выявлении специфических клинических проявлений (симптомов и синдромов) и психогенном механизме формирования. По мнению В.Н.Мясищева, к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить:

1) зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной ситуацией;

2) связь психогении с личностью больного, с неспособностью пациента в конкретных условиях разрешить конфликтную ситуацию;

3) содержательную связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней.[17]

В рамках второй диагностической парадигмы упор делается на факте отсутствия в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического уровня реагирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического или шизофренического генеза.

Вследствие этого невроз определяется как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических феноменах при отсутствии психотических явлений (Карвасарский Б.Д., 1990; Свядош А.М., 1997 и др.).[21]

Уточняющее и углубляющее определение дается А.М.Вейном (1982), который, наряду со значимостью для диагностики неврозов психогенного фактора, личностных особенностей, недостаточности психологической защиты и формированием невротического конфликта, выделил те самые специфические клинические проявления, отнеся к ним не только нарушения в эмоциональной, но и в вегетативной и соматической сферах. Данный подход создает базу для дифференциации невротических расстройств со сходными психологическими феноменами (переживаниями), так как фактически переводит проблему психологическую в психовегетативную и психосоматическую, демонстрируя медицинскую составляющую данного вида патологии.

Значимой для диагностики и дифференциальной диагностики невротических расстройств считается проблема взаимосвязи, взаимозависимости или альтернативности *невроза и невротического склада характера* (стиля поведения).

Для отечественной психиатрии принципиальным считалось разделение неврозов и психопатий (расстройств личности). Б.Д.Карвасарский (1980), рассматривая взаимоотношения особенностей характера (в норме или патологических формах) и неврозов, пишет: «Если в прошлом году весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов (истерия – истероидная психопатия, неврастения – астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний – психопатия

психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера».[9]

С представленной точкой зрения согласны далеко не все исследователи. В частности Ю.А.Александровский (1987) считает, что существующее в настоящее время разделение неврозов и психопатий на основании характерных для первых из них «психогенности» и «функциональности», а для вторых – «биологичности» и «органичности» носит сугубо относительный характер. Такое разделение имеет значение для описания клинических форм и вариантов пограничных состояний, определения их прогноза, но, по мнению Ю.А.Александровского, не является принципиальным для понимания различий в определяющих их патофизиологических механизмах. Эти механизмы являются скорее общими, а не различными и при неврозах, и при психопатиях. Клинические картины, характерные для «истинных неврозов», могут быть обозначены как «невротические синдромы» безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания в целом. Чтобы они реализовались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.[2]

Если в вопросе о значимости патологической характерологической «почвы» на неврозогенез существуют различные точки зрения, то о важной роли акцентуаций характера пишет подавляющее большинство авторов.

Наиболее ярко и образно идею связи невротической диспозиции и невротических расстройств выразил А.Адлер: «То, что называют предрасположенностью к неврозу, уже есть невроз, и только в актуальных случаях, когда внутренняя необходимость вынуждает прибегнуть к усиленным уловкам, как доказательство болезни возникают более выраженные соответствующие невротические синдромы. Они могут быть скрыты пока пациент находится в благоприятной ситуации, пока не встает вопрос о правильности его развития, о его чувстве общности. Это доказательство болезни и все соответствующие аранжировки необходимы, прежде всего, для того, чтобы, во-первых, служить оправданием, если жизнь отказывает в желанном триумфе; во-вторых, чтобы тем самым получить возможность уклониться от решения, в-третьих, чтобы иметь возможность выставить в ярком свете какие-нибудь достигнутые цели, поскольку они были достигнуты, несмотря на недуг».

Таким образом, связь невротических расстройств и т.н. невротического характера, несомненно, существует. Однако, следует отметить, что готовность к формированию невротических расстройств не исчерпывается структурой или выраженностью характерологических черт. Можно утверждать (и это будет показано ниже), то для неврозогенеза необходимым условием является наличие специфических черт т.н. потенциального невротика, а для противостояния становлению невротического конфликта и расстройств – типичных признаков «неврозоустойчивости личности».

**К невротическим расстройствам**, с нашей точки следует причислять *психопатологические симптомы и синдромы непсихопатического уровня, сочетающиеся с вегетативной дисфункцией, возникающие вследствие воздействия*

на личность актуальной психической травмы и несовершенства механизмов антиципации и психологической компенсации. Отличие невротических расстройств от психопатических заключается как в представленности в клинической картине психопатологических или соматических симптомов, так и в специфичности внутриличностных конфликтов.

## 2.2. Теории неврозогенеза

В теоретическом плане существуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз, как с психологической, так и с биологической (нейрофизиологической) платформ. К тому же некоторые отечественные и западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антиэтиологические позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомом и психологическим феноменом.

С позиции антиэтиологической платформы так называемые невротические расстройства не обладают характеристиками психопатологичности, т.е. не имеется никаких строгих диагностических критериев, позволяющих аргументировано провести разграничение между, к примеру, фобией как невротическим (болезненным) симптомом, и страхом как психическим состоянием; между невротической депрессией и сниженным настроением; между обсессивно-компульсивным состоянием и так называемыми навязчивостями, или привычками.[15]

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях И.П.Павлова, выраженных в следующих абзацах: «всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию, как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык...»

Обобщая современное представление о неврозогенезе ученых, стоящих на нейрофизиологической платформе, можно согласиться с Б.Д.Карвасарским (1990), что не вполне обоснованно основа патогенеза неврозов видится нейрофизиологам в расстройстве функций интегративных систем мозга, среди которых, наряду с корой больших полушарий мозга, существенная роль отводится лимбико-ретикулярному комплексу.

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей, как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она так же, как и нейрофизиологическая, не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Объединяет последние представление о принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики. (Мясищев В.Н.).[17]

Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера, следует

признать, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности. Обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта неврозогенеза.

### **2.2.1. Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З.Фрейда**

З.Фрейд сосредоточил свое внимание на проявлениях невротических расстройств, считая, что их возникновение не является случайным и каждый симптом имеет для пациента особый смысл. При этом смысл симптома «всегда и везде» не известен больному, скрыт от него, являясь производным бессознательных процессов, так как «из сознательных процессов симптомы не образуются». «Невротические симптомы», - писал он, - по-своему связаны с жизнью лиц, у которых они обнаруживаются. Они представляют собой заместитель того, что не осуществилось... и было вытеснено из сознания».

По мнению З.Фрейда, при нормальной сексуальной жизни не может быть актуального невроза. При этом невротизирующий механизм начинает формироваться в раннем детстве (обычно в первые три года жизни), когда у ребенка появляется ряд сексуальных влечений, которые он оценивает как запретные, недозволенные (аутоэротизм, гомосексуальные или инцестуальные влечения).[29]

### **2.2.2. Теория невротического превосходства А.Адлера**

Критикуя сексуальную теорию неврозов как претендующую на «единственно верную», А.Адлер обратил внимание не на блокирующее либидо и стремления к удовольствию, а на «распаленную жажду превосходства» невротика. По его мнению, в действительности в сексуальной сфере разворачивается такая же борьба, что и во всей душевной жизни человека. Исходное чувство неполноценности, о котором писал З.Фрейд, толкает на обходные пути, стремится исключить любой эротический опыт, чтобы не потерять ориентацию на цель достижения превосходства. При этом схема, по которой осуществляются апперцепция и поведение, представляет собой полную антитезу. Из-за планомерного детского искажения цель невротика по своей природе враждебна окружению, и в его целевой установке всегда можно распознать две бессознательные исходные посылки: во-первых, при любых обстоятельствах человеческие отношения представляют собой борьбу за превосходство; во-вторых, женский пол является неполноценным и в своих реакциях служит мерой мужской силы.

По мнению А.Адлера, обе эти бессознательные посылки приводят к тому, что все человеческие отношения отравляются и уродуются, возникают неожиданные усиления и нарушения аффекта, а вместо желанного душевного спокойствия наступает постоянная неудовлетворенность и появляются невротические симптомы.

В отличие от психоаналитического взгляда, усматривающего причину в вытеснении в бессознательную область недопустимых сексуальных влечений, он обращал внимание на неправильные формы воспитания, в частности в отношении к

себе и окружению. Основой же этого неправильного отношения служило обретенное чувство неполноценности, компенсируемое впоследствии стремлением к превосходству.[1]

### **2.2.3. Теория «автономного комплекса» К.Юнга**

По мнению К.Юнга, высказанному в конце двадцатых годов двадцатого столетия, не существует всесторонне удовлетворительной точки зрения на сущность неврозов.

К.Юнг обратил внимание на то, что теории неврозогенеза, как правило, ориентированы на молодых людей и способны быть полезными при анализе невротических симптомов исключительно данного возрастного периода. Тогда как для лиц среднего и пожилого возраста пациента, который он назвал «в наивысшей степени важным показателем». По мнению К.Юнга, «молодой невротик пугается жизни, тогда как старый отстывает перед смертью». Именно поэтому он отметил, что около трети невротических пациентов страдают от бессмысленности и беспредметности своей жизни.

В основе неврозогенеза К.Юнг видел образование т.н. автономного комплекса бессознательного содержания, которое не может быть подчинено сознательной воле.

В происхождении неврозов он придавал особое значение вытесненному сексуальному влечению и обращал внимание на «мощные психические воздействия, лежащие в основе духовной установки и ее самых влиятельных, направляющих идей».[32]

### **2.2.4. Теория «невротических наклонностей» К.Хорни**

Сущность невроза, по мнению К.Хорни, является невротическая структура характера, а его центральными звеньями – невротические наклонности, каждая из которых составляет своеобразное ядро этой структуры внутри личности, каждая из этих подструктур тесно взаимодействует с другими подобными подструктурами. При этом невротические наклонности порождают не только специфичную тревожность, но и «специфические формы поведения, специфический образ «Я» и специфическое представление о других людях, специфическую гордость, специфическую форму уязвимости и специфические внутренние запреты».

Автором выделяется десять патогенных невротических наклонностей, которые она отличает от сходных «нормальных» наклонностей, не приводящих к невротическому конфликту и невротическим симптомам. Их отличительной сущностью К.Хорни считает иллюзорность, карикатурность, лишенность свободы, спонтанности, смысла и утилитарную нацеленность на безопасность и решение всех проблем.

Основой неврозогенеза, по мнению К.Хорни, чаще всего становится конфликт нескольких невротических наклонностей, когда следование одним наклонностям будет постоянно препятствовать осуществлению противоположных. В такой ситуации человек «заходит в тупик» и, даже несмотря на самостоятельные поиски

путей компромисса, невротическая структура характера не позволит ему разрешить невротический конфликт наклонностей. Это обусловлено тем, что, как правило, по мнению К.Хорни, невротик даже не подозревает о том, что именно эти невротические наклонности являются движущими силами в его жизни. Становление же их самих является продуктом еще более ранних расстройств, конфликтов, которые имели место в человеческих взаимоотношениях.[30]

### **2.2.5. Ноогенная теория неврозов В.Франкла**

Основой неврозогенеза в соответствии с представлениями В.Франкла является не психогения, а экзистенциальная фрустрация (вакуум), когда человек живет в силу разнообразных причин утрачивает «смысл жизни», когда блокируется его стремление к отысканию конкретного смысла в личном существовании (воля к смыслу). Автор назвал данную разновидность неврозов – ноогенной (от греческого «ноос», означающего разум, дух, смысл). Ноогенные неврозы возникают не из конфликтов между влечениями и сознанием, а из конфликтов между различными ценностями (моральные конфликты), из духовных проблем и, в первую очередь, из-за утраты осмысленности существования.

Ноогенная теория неврозов фокусируется на потенциальном смысле существования, на осознании человеком, к чему он действительно стремится «в глубине души», на актуализации ценностей. Для определения ноогенно неврозогенеза В.Франкл нередко использовал высказывание Ницше о том, что «тот, у кого есть для чего жить, может выдержать практически любое как».

Приведенные выше наиболее известные теории и концепции неврозогенеза не всегда четко разделяют собственно невротические расстройства и характерологические девиации, способствующие невротическому симптомообразованию.[26]

Значимость же перечисленных теорий состоит в том, что становление невротических симптомов рассматривается в неразрывной связи с личностно-характерологическими (индивидуально-типологическими) преморбидом пациента. Каждая из концепций претендует на описание типичных черт человека, которого вправе обозначить «потенциальным невротиком».

### **2.2.6. Антиципация и неврозогенез**

#### ***Клинические обоснования антиципационной концепции неврозогенеза***

В настоящее время можно считать доказанным участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в **антиципационной концепции неврозогенеза** (Менделевич В.Д., 1998-2001). Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами на различных уровнях (психологическом и психофизиологическом).

Неврозогенез видится, как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «*потенциального невротика*», названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в непрогнозируемую, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения.

И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обида, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболевает неврозом.[14]

### **Антиципационные механизмы неврозогенеза и «моторная ловкость»**

Привлечение к анализу антиципационных механизмов неврозогенеза двигательной сферы человека обусловлено несколькими соображениями и клиническими фактами. Во-первых, клинические наблюдения позволяют констатировать, что более чем у 2/3 пациентов с невротическими расстройствами обнаруживается «моторная неловкость» (проявления которой наблюдаются и в преморбиде). Во-вторых, в структуру «неврозоустойчивости личности», в отличие от личности «потенциального невротика», входит понятие «находчивости» - психологической ловкости, способности предвосхищать развитие событий, упреждать их, быть умелым в разрешении конфликтов. Перефразируя выражение Н.А.Берштейна о структуре построения двигательного навыка, можно с уверенностью сказать, что «неврозоустойчивой личности» удастся в жизни «превратить бег в разбег», т.е. подготовить себя к будущим прыжкам (сложным жизненным ситуациям).

«Ловкость, - писал Н.А.Берштейн, - состоит в том, чтобы суметь двигательно выйти из любого положения, найтись (двигательно) при любых обстоятельствах».

Важные свойства ловкости (Н.А.Берштейн):

1. Экспромтность;
2. Переключаемость;
3. Точность;
4. Рациональность;
5. Находчивость.

Антиципация, т.е. заблаговременные, предваряющие коррекции, имеет огромное значение в координации движений. Она позволяет заранее ощутить, какой результат получится от какого-либо удара. Она создает возможность в очень многих хорошо освоенных движениях делать большую часть нужных коррекций авансом, на самом старте движения, чтобы дальше осталось немного заботы и чтобы можно было, пока оно еще длится, точно так же готовить следующее. Антиципация, т.е. предугадывание как намерений партнера, так и последствий своих собственных

движений, образует своего рода мостик для перехода к самым высоким формам ловкости.[5]

### **Антиципационные механизмы неврозогенеза и восприятие времени**

Клинические наблюдения позволяют отметить тот факт, что нарушения восприятия времени у больных невротизмом отмечаются не только в период развернутой психопатологической симптоматики (и, вероятнее всего, с ней связаны), но и в преморбиде. Можно утверждать, что «потенциальный невротик» склонен чаще «неврозоустойчивой личности» ошибаться в прогнозировании и планировании временных промежутков. Для него типичным являются как упреждающие, так и запаздывающие реакции. Он не способен точно предсказывать течение и длительность времени любой деятельности, что отражается на искажении его временно-пространственных упреждающих действий. Вследствие этого «потенциальный» и реальный невротик часто не могут точно распланировать свое время. Они приходят в назначенное место либо слишком рано, либо слишком поздно.[16]

### **2.3. Классификация невротических и соматоформных расстройств. Клинические проявления невротических расстройств.**

Традиционно определяют следующие синдромы, патогномоничные для невротических расстройств:

- 1. Страхи.** Любые варианты фобий (страх толпы, публичных мест, передвижения вне дома, потери контроля, сумасшествия, заболевания, повести себя неправильно, покраснеть, крови, травм, животных и т.п.).
- 2. Приступы паники.** Эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки. Эпизоды длятся от нескольких минут до одного часа и непредсказуемы, т. е. не ограничиваются какой-то конкретной ситуацией или набором внешних обстоятельств. Другие ведущие симптомы включают дрожь, боли в груди, ощущения удушья, головокружение и ощущение нереальности (деперсонализация и/или дереализация). Часто наблюдаются также вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или помешательства.
- 3. Тревога, беспокойство, тревожные опасения.** Неприятные или беспокоящие мысли, которые не поддаются сознательному контролю с помощью переключения внимания на другие предметы. Беспокойство часто упорное, повторяющееся и непропорциональное беспокоящей причине (она может быть даже тривиальной).
- 4. Симптомы вегетативной тревоги.** Тревога, выраженная различными автономными симптомами, такими как сердцебиение, влажные ладони, сухость во рту, головокружение, дрожание рук или конечностей, горячий или холодный пот

или приливы, затрудненное дыхание, стеснение или боль в груди, затруднение глотания («ком в горле»), частое мочеиспускание, звон в ушах, бурление в желудке, тошнота. Страхи — такие, как страх умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль или надвигающегося большого несчастья, обычно связаны с вышеописанными вегетативными симптомами. Ощущения нереальности объектов (дереализация) или чувство отстраненности (деперсонализация) могут присутствовать.

**5. *Навязчивые мысли.*** Идеи, образы или импульсы, которые овладевают сознанием индивида повторно и настойчиво в стереотипной форме. Они различны по содержанию, но всегда мучительны, и индивид безуспешно старается противостоять им. Эти мысли расцениваются как свои собственные, индивида, даже когда они произвольны и часто неприятны.

**6. *Компульсивные действия.*** Повторяющиеся стереотипные поведение и ритуалы, воспринимаемые индивидом как бессмысленные и неэффективные, так что он/она делает повторные попытки противостоять им. Большинство компульсивных действий или ритуалов связаны с чисткой (особенно с умыванием рук), наведением порядка, аккуратностью или контролем. Такое поведение возникает из страха перед опасными событиями, которые могут случиться с индивидом или быть им вызваны. Ритуалы представляют собой попытку предотвратить опасность. Компульсивные акты и ритуалы могут занимать многие часы ежедневно и иногда связаны с заметной нерешительностью и медлительностью. Если компульсивные акты устойчивы, то тревога индивида возрастает.

**7. *Подверженность исключительным психическим, физическим или социальным стрессорам.*** Подавляющее травматичное переживание (например, природная катастрофа), влекущее за собой серьезную угрозу физической, эмоциональной или социальной целостности индивида и требующее от него приспособления к новым обстоятельствам.

**8. *Постоянные воспоминания или «переживания» стрессового воздействия.*** Эпизоды повторного оживления психотравмы во вторгающихся воспоминаниях («обратный кадр») или сны, возникающие у индивида, помещенного в исключительно стрессорные события или ситуацию. Эти эпизоды случаются вопреки устойчивому фону чувства оцепенения, эмоционального притупления, отчужденности от других людей и отсутствию реакции на окружающее. Избегание обстоятельств, связанных со стрессом.

**9. *Избегание обстоятельств, связанных со стрессом.*** Тенденция избежать намеков, действий и ситуаций, напоминающих индивиду о пережитом стрессорном событии.

**10. *Признаки нарастающей психологической чувствительности или возбуждения.*** Повышенная тропность к психотравмирующим ситуациям,

несдержанность, возникновение бурных гиперстенических или астенических эмоциональных реакций в ситуации, требующей адаптивного поведения.

11. **Диссоциативные (конверсионные) симптомы или состояния.** Частичная или полная потеря интеграции между воспоминаниями прошлого, осознанием своей идентичности, непосредственными ощущениями и контролем за движениями тела. Ослаблен сознательный контроль над воспоминаниями и ощущениями, которые могут быть отобраны в данный момент для внимания, а также выбор движений, которые должны быть совершены. Диссоциативные симптомы предположительно имеют психогенное происхождение и тесно связаны во времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Индивид с диссоциативными симптомами часто отрицает проблемы, очевидные для других.

12. **Многочисленные и разнообразные физические жалобы, необъяснимые никаким соматическим расстройством.** Многочисленные и разнообразные физические жалобы, необъяснимые каким-либо физическим расстройством. (либо). Долго продолжающиеся многочисленные рецидивирующие и часто меняющиеся соматические симптомы, без какой бы то ни было определимой органической основы.

13. **Повторные консультации с профессионалами (медиками) и упорный отказ следовать медицинским советам.** Длительная и сложная история контактов с медицинскими и другими альтернативными службами здоровья, во время которых может быть проведено много ненужных исследований. Настойчивый отказ принять (медицинский) совет. Отказ принять совет и заверения врача или других медиков-профессионалов, что симптомы не имеют органической основы, вопреки повторным отрицательным результатам различных исследований. Даже в случаях, когда возникновение и течение симптомов имеют тесную связь с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, индивид сопротивляется попыткам принять возможность психологической причины симптомов.

14. **Психическая или физическая усталость.** Сильное и длительное психическое истощение даже после минимальных психических усилий. Часто сопровождается неприятным вторжением отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, трудностью концентрирования, фокусирования и поддержания внимания и в целом неэффективным мышлением. Состояние обычно связано с пониженной эффективностью в разрешении повседневных задач. Ощущение телесной слабости и истощения после минимальных физических усилий, иногда сопровождающееся ощущениями мышечных болей и страданий.

### ***Тревожно-фобические расстройства***

Группа расстройств, в которой тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по

отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Обеспокоенность пациента может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение или ощущение дурноты, и часто сочетается с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Тревога не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей. Одно лишь представление о попадании в фобическую ситуацию обычно заранее вызывает тревогу предвосхищения.

Фобическая тревога часто сосуществует с депрессией. Предшествующая фобическая тревога почти неизменно усиливается во время преходящего депрессивного эпизода. Некоторые депрессивные эпизоды сопровождаются временной фобической тревогой, а пониженное настроение часто сопутствует некоторым фобиям, особенно агорафобии. Сколько диагнозов при этом необходимо ставить — два (фобическая тревога и депрессивный эпизод) или только один, — зависит от того, развилось ли одно расстройство явно раньше другого, и от того, является ли одно расстройство отчетливо преобладающим на момент постановки диагноза. Если критерии для депрессивного расстройства удовлетворялись еще до того, как впервые появились фобические симптомы, тогда первое расстройство надо диагностировать как основное (см. замечание в общем введении).

### ***Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)***

Основным признаком являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы варьируют у разных больных, но общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Почти неизбежны также вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются лишь минуты, хотя временами и дольше; их частота и течение расстройства довольно переменчивы. В панической атаке больные часто испытывают резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, которые приводят к тому, что больные торопливо покидают место, где находятся. Если подобное возникает в специфической ситуации, например в автобусе или в толпе, больной может впоследствии избегать эту ситуацию.

Аналогично, частые и непредсказуемые панические атаки вызывают страх оставаться одному или появляться в людных местах. Паническая атака часто приводит к постоянному страху возникновения другой атаки.

### ***Генерализованное тревожное расстройство***

Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т.е. она является «нефиксированной»). Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы очень переменчивы, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области. Часто выражаются страхи, что больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Это расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим средовым стрессом. Течение различно, но имеются тенденции к волнообразности и хронификации.

У больного должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период, по крайней мере, несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев.

Эти симптомы обычно включают:

- а) опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);
- б) моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);
- в) вегетативную гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

### ***Обсессивно-компульсивное расстройство***

Основной чертой являются повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. (Для краткости термин «обсессивный» будет использоваться впоследствии вместо «обсессивно-компульсивный» по отношению к симптомам). Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда тягостны (потому что они имеют агрессивное или непристойное содержание или просто потому, что они воспринимаются как бессмысленные), и больной часто пытается безуспешно сопротивляться им. Тем не менее они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают непроизвольно и невыносимы.

Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их смысл заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, причиняющих вред больному или со стороны больного. Обычно, хотя необязательно, такое поведение воспринимается больным как бессмысленное или бесплодное и он повторяет попытки сопротивления ему; при очень длительных состояниях сопротивление может быть минимальным. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения. Существует тесная взаимосвязь между обсессивными симптомами, особенно обсессивными мыслями, и депрессией.

У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются депрессивные симптомы, а у больных, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (РЗЗ.-), могут развиваться обсессивные мысли в течение депрессивных эпизодов. В обеих ситуациях, нарастание или снижение тяжести депрессивных симптомов обычно сопровождается параллельными изменениями в тяжести обсессивных симптомов.

Обсессивно-компульсивное расстройство в равной степени может быть у мужчин и женщин, в основе личности часто выступают ананкастные черты. Начало обычно в детском или юношеском возрасте. Течение переменчиво и при отсутствии выраженных депрессивных симптомов вероятнее его хронический тип.

Обсессивные симптомы имеют следующие характеристики:

- а) они должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;
- б) должны быть, по крайней мере, одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной более не сопротивляется;
- в) мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным);
- г) мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися.

### ***Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации***

Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов: исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс («жизненное событие») может провоцировать начало или способствовать проявлению очень широкого диапазона расстройств, классифицируемых в других рубриках этой главы, его этиологическое значение не всегда ясно и в каждом случае зависит от индивидуальной, часто особой уязвимости.

Другими словами, наличие психосоциального стресса не необходимо и недостаточно для объяснения возникновения и формы расстройства. В отличие от этого, расстройства, рассматриваемые в данной рубрике, видимо, всегда возникают как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором, и расстройство не возникло бы без их влияния. В эту категорию включаются реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации во всех возрастных 1 группах, включая детей и подростков. Каждый из отдельных симптомов, из которых складываются острая реакция на стресс и расстройство адаптации, может встречаться и при других расстройствах, но имеются некоторые особые признаки в том, как проявляются эти симптомы, что оправдывает объединение этих состояний в клинической единице. Третье состояние

в этом подразделе — посттравматическое стрессовое расстройство — имеет относительно специфические и характерные клинические признаки.

### ***Острая реакция на стресс***

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней.

Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (напр., природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных).

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу.

Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора — F44.2), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия (F44.0) эпизода. Если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза (и ведения больного).

Должна быть обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; начало обычно немедленное или через несколько минут. Вдобавок, симптомы:

- а) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаянье, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;
- б) прекращаются быстро (самое большее в течении нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

### ***Посттравматическое стрессовое расстройство***

Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, дюль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Предиспонирующие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме.

Обычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее.

Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

С вышперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в хроническое изменение личности.

### ***Расстройства адаптации***

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни).

Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потери близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор может затрагивать индивидуума или также его микросоциальное окружение.

Более важную, чем при других расстройствах в F43.-, роль в риске возникновения и формирования проявлений адаптационных расстройств играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость, но тем не менее считается, что состояние не возникало бы без стрессового фактора.

Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее, дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. – М., 1995.-296с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 2000.-496с.
3. Бассин Ф.В. О силе Я и психологической защите// Вопросы философии – 1969. №2 – с118-126.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.:Наука, 1988. – 260 с.
5. Берштейн Н.А. О ловкости и ее развитии. – М., 1991. – 288с.
6. Василюк Ф.Е. Психологические переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М., 1984.
7. Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. /Под ред.И.Н.Фейгенберга, Г.Е.Журавлева. – М.1977. –392 с.
8. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. – Л.: изд-во ЛГУ., 1989.- 523с.
9. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
10. Киршбаум Э.И. Психологическая защита./ Киршбаум Э.И., Еремеева А.И. – М.:Смысл, 2000 - 181с.
11. Кулаков С.А. Основы психосоматики – СПб.: Речь, 2003. – 288с.
12. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования. // Эмоциональный стресс. / Под ред. Л. Леви: Пер. с англ. – Л.,1970. – С.178-180.
13. Ломов Б.Ф. Антиципация в структуре деятельности./ Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. – М., 1980. – 280с.
14. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза// Психологический журнал – 1996. - №4 – с.107-115.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 2001. – 592с.
16. Меницкий Д.Н. Высшая нервная деятельность человека и животных в вероятно организованной внешней среде: Автореф. – М., 1981. –61с.
17. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: изд-во Ленинград.ун-та, 1960. – 166с.

- 18.Никольская И.М. Психологическая защита у детей./ Никольская И.М., Грановская Р.М. – СПб.: Речь, 200. – 507с.
- 19.Психологическая защита. Методические рекомендации./ сост.Филатов А.Т., Кочарян Г.С. – Харьков, 1986.
- 20.Психологический словарь/ под ред.Зинченко В.П., Мещерякова Б.Г. – М.: Педагогика – пресс, 1998. – 440с.
- 21.Свядош А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 368с.
- 22.Сирота Н.А., Ялтонский В.М. // Обзор психиатрии и мед.психологии., - 1993.- №1. – С.53-60.
- 23.Соложенкин В.В.. Носков Г.Г. Экспериментально-психологическое исследование прогнозирования у больных неврозами //Журнал Невропат и Психиатр. – 1985. – 12. – с.1833-1837.
- 24.Ташлыков В.А. Психологическая адаптация у больных неврозами в инициальный период формирования внутренней картины болезни// Современные формы и методы организации психопрофилактической работы. – Л., 1985.
- 25.Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – м.: Медицина, 1987. – 304с.
- 26.Франкл В. Доктор и душа. – СПб. : Ювента, 1997. – 286с.
- 27.Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы личности. – М., 1993.
- 28.Фрейд З. Введение в психоанализ. – М.: Наука, 1989. – 456с.
- 29.Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1990 – 1.425 – 439с.
- 30.Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – М., 1993. – 480 с.
- 31.Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием психотерапии:Дисс...кандидата медицинских наук. – СПб., - 1994. – 1971с.
- 32.Юнг К. Проблемы души нашего времени. – М., 1993. – 336с.

## **ГЛАВА 3. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

### **3.1. История развития представлений о психосоматических расстройствах**

Психосоматическая проблема, интерпретирующая роль психологических факторов в происхождении и развитии болезней, имеет такую же длительную историю развития, как и медицина в целом. В основе психосоматической патологии лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, сопровождающаяся изменениями и патологическими нарушениями во внутренних органах.

Психосоматика, по определению А. В. Петровского, М.Г.Ярошевского, представляет собой направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение соматических заболеваний. Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине.

Таким образом, развитие представлений о роли взаимоотношения психического и соматического в жизнедеятельности человека – психосоматических соотношениях – имеет многовековую историю, т.к. не только человек, но и любое относительно высокоорганизованное существо от рождения до смерти, испытывая влияние как внутренней, так и внешней среды, определяет свое отношение к любому воздействию на основе эмоциональной оценки в виде психологических и физиологических реакций и в соответствии с этим живет, действует и страдает от определенных психических и соматических расстройств, возникающих при неадекватном реагировании.[21]

В примитивном обществе считалось, что болезнь вызывают духовные силы, следовательно, бороться с нею надо духовными средствами. Злой дух, входивший в человека и поражавший все существо, должен был быть изгнан посредством заклинаний либо трепанации черепа. Основные идеи древнегреческого общества о психосоматических отношениях можно проиллюстрировать словами Сократа: “Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души.” Термин “психосоматика” был введен в 1818 году Хайнротом. В XIX веке вновь после попыток игнорирования воздействия душевного состояния на телесные функции появились идеи о необходимости лечить больного, а не болезнь. Так, России М. Я. Мудров суммировал мысли следующим образом: “Зная, взаимно друг на друга действие души и тела, долгом считаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело и почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии”.

В. М. Бехтерев не только провозглашал, но и доказывал в своих работах возможность возникновения соматических расстройств под влиянием психических изменений, более того, он, как и И. М. Сеченов, был убежден, что в научное определение организма входит среда, влияющая на него. Широкий круг теорий,

созданных для объяснения механизмов влияния психики на телесные функции, можно условно разделить на несколько групп в соответствии с представлениями об основных воздействующих факторах.

Понятие “Психосоматика”, по мнению большинства современных авторов, включает в себя целый ряд содержательных феноменов, определяемых как: “...круг диагностических и терапевтических соображений, принимающих во внимание такие психолого-медицинские факторы, которые состояние психологического здоровья и соматической болезни рассматривают совместно и едва ли не в каждом случае усматривают тесные взаимосвязи с определенными биологическими детерминантами”. [22]

“Под психосоматическими расстройствами понимаются симптомы и синдромы нарушения соматической сферы ( различных органов и систем), обусловленных индивидуально – психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта”. [17]

По мнению Д.Н. Исаева: «Из-за уменьшения частоты инфекционных болезней увеличился удельный вес заболеваний, которые возникают в связи с трудностями приспособления к резко ухудшившимся условиям существования». Их называют болезнями адаптации, а так как они в значительной степени связаны с прогрессом, то приобрели еще и другое название (по существу являясь психосоматическими расстройствами) – “болезни цивилизации”. [10]

Первоначально под психосоматическими расстройствами в клинической практике понимали нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию неблагоприятных психотравмирующих факторов: стрессу, разного рода конфликтам, кризисным состояниям, катастрофам и т. д. Современное толкование термина «психосоматические расстройства» значительно расширилось и вышло за рамки «классических психосоматозов».

Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили семь нозологических единиц: эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродерматит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный неспецифический колит и язвенную болезнь, то в настоящее время регистр психосоматического реагирования значительно расширился за счёт включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний, мигрени и др.

К числу типичных психосоматических заболеваний в странах Северной Америки и Европы в настоящее время относят нервную анорексию и булимию, некоторые формы психогенного ожирения, сахарный диабет, кардиоспазм, нервную рвоту, синдром раздражённого кишечника, импотенцию, запоры, рак и др.

В самом обобщённом виде можно дать следующее определение ПСР. Психосоматические расстройства — это сборная группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Этим подчёркивается единство биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. При этом подчёркивается,

что психосоматические расстройства обязательно связаны с социально-стрессовыми факторами. Исходя из этого, ПСР могут расцениваться как психогенно обусловленные (т. е. имеющие психологические причины) соматические нарушения в организме или как соматогенные психические расстройства (соматогении).

Выделяют 3 группы психосоматических расстройств:

- 1) конверсионные симптомы;
- 2) функциональные синдромы (органные неврозы);
- 3) психосоматические заболевания (психосоматозы).

**Конверсионный симптом** представляет собой вторичный соматический ответ при переработке невротического конфликта. Часто симптом носит символическую форму («Сердце защемило от страха» – боли в области сердца, «Я не могу этого слышать» – глухота и т.д.). Подобные симптомы считают конверсионными, если они не сопровождаются иными диссоциативными расстройствами. В противном случае их рассматривают как невротические.

**Функциональный синдром** – набор симптомов, затрагивающих разные органы и системы: сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную, мочеполовую и двигательную.

**Психосоматическими заболеваниями** принято считать соматические болезни, роль психического фактора в этиопатогенезе которых является существенной, а иногда главенствующей. Психический фактор при этом выступает в виде личностной предрасположенности, при выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

Исаев считает, что к личностным особенностям психосоматических больных «относятся замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, сенситивность (чувствительность), склонность к легкому возникновению разочарований, преобладанию отрицательных эмоций над положительными, невысокий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью и установкой на достижении высоких результатов».

Исаев пишет: «Ответственными за высокий риск психосоматического расстройства оказываются, в первую очередь такие стороны темперамента, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций».

Классическими психосоматическими заболеваниями («святой семеркой») считают:

- 1) эссенциальную гипертонию,
- 2) язвенную болезнь 12-перстной кишки,
- 3) бронхиальную астму,
- 4) сахарный диабет,
- 5) нейродермиты,
- 6) ревматоидный артрит,
- 7) язвенный колит.

Существуют и используются также другие классификации психосоматических нарушений, например, классификация психосоматических расстройств у детей, предложенная Н. Zimprich (1984). Здесь выделяются психосоматические реакции, функциональные нарушения, психосоматические заболевания с органической манифестацией, специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.) [10].

Патогенез психосоматических расстройств, в соответствии с представлениями Д.Н.Исаева, чрезвычайно сложен и определяется сочетанием и взаимодействием следующих основных факторов:

- неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
- нейродинамическими сдвигами (нарушения деятельности ЦНС);
- личностными особенностями;
- психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностями психотравмирующих событий.

Таким образом, этиопатогенез психосоматических нарушений определяется комплексом воздействующих причин, структура которого совпадает с многоуровневой структурой организации человека, где различают биологический, психофизиологический, психологический, социально-психологический и социальный уровни функционирования.

Концепция “конstellации личностных черт” Ф.Данбар положила начало многочисленным исследованиям специфических личностных особенностей больных различными психосоматическими заболеваниями. Данбар изучила значительное количество больных с соматическими заболеваниями и обратила внимание на значительное сходство в личностных профилях пациентов одной нозологической принадлежности. Данбар разработала концепцию профиля личности, считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного и это позволяет предполагать, возможно, даже прогнозировать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности.

Она описала “коронарный личностный тип”, “язвенный личностный тип”, “гипертонический”, “аллергический”, “склонный к повреждениям личностный тип” и др. (Danbar R, 1938; 1943). Она считала, что эти профили имеют диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Таким образом, специфичным для определенной болезни оказалось взаимодействие определенных личностных факторов и эмоциональных конфликтов.

С концепцией личностного профиля Ф.Данбар связано целое направление в интерпретации психосоматических заболеваний, которое указывает, в частности, на специфические особенности применения форм и методов психотерапии. *С этим направлением связана тенденция рассматривать психосоматическую болезнь как выражение специфической структуры личности.*

В последующих исследованиях, посвященных личностным особенностям больных различными психосоматическими заболеваниями, были установлены

общие для лиц разной нозологической принадлежности черты, составляющие своеобразную “психосоматическую личностную структуру”: было замечено, что для этих больных характерны развитая фантазия и недостаточная эмоциональная включенность в реальную жизненную ситуацию. Эти пациенты часто оказываются неспособными описать тонкие нюансы своих чувств и в большинстве случаев с трудом находят слова для самовыражения. Отмечается инфантильность больных, страдающих психосоматическими заболеваниями, их неспособность управлять символическими процессами в целях коммуникации.

К отличительным психологическим особенностям лиц, склонных к формированию различных видов психосоматической патологии, относятся также: эгоцентризм, личностная незрелость, недостаточная степень эмоциональной вовлеченности в происходящие события. Я.Рейковский отмечает в этой связи, что благоприятные условия для возникновения психосоматических заболеваний складываются, когда доминирующими являются личные интересы и потребности, когда достижение личных целей является главным источником жизненной активности.

Современные исследования в области психосоматической медицины выявляют постоянный рост интереса к психологическим и психопатологическим проявлениям у женщин, возникшим в период беременности.

Беременность является чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины, оказывающим глубокое влияние на всю ее психосоматическую организацию. Всевозможные особенности в психологическом состоянии женщины во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных адаптаций.

Даже при нормально протекающей беременности уже в первом триместре у женщин наблюдаются разнонаправленные изменения психических процессов: от состояний психоэмоционального напряжения до невротических расстройств и невротического развития личности (Е.А.Сахаров, В.Д.Менделевич, 1996). В имеющейся литературе подчеркивается высоко значимая роль положительных психоэмоциональных факторов для нормального развития беременности (Г.Б.Мальгина, 2001). На психический статус беременной женщины оказывают влияние ее социально-психологические и индивидуально-психологические особенности (Абрамченко В.В., 2001). В связи с этим встает задача изучения закономерных связей личностных и психогенных факторов формирования собственно психических состояний у беременных женщин и их обратного влияния на процесс беременности.

Как свидетельствуют многочисленные литературные источники (Ткаченко Н.М., Петухова О.К., 1996), до настоящего времени нет ясности в вопросе психогенной этиологии осложнений беременности с учетом личностных особенностей женщин, влияющих на развитие невынашивания беременности.

Под привычным невынашиванием понимают самопроизвольное прерывание беременности подряд два раза и более в сроке до 22 недель. Вынашивание беременности – один из основных видов акушерской патологии. По данным отечественной и зарубежной литературы, около 15-20% беременностей

заканчиваются самопроизвольным абортom или неразвивающейся беременностью, и эта цифра не имеет тенденции к снижению (Сидельникова В.М, 2000).

Отечественные авторы указывают, что состояние женщины с невынашиванием беременности характеризуется наличием пограничных психических расстройств, которые предшествуют симптомам угрозы прерывания беременности (Швецов, 2002; Вараксина Г.Н., 1992). Сегодня невротические и депрессивные расстройства получают широкое распространение и являются причиной развития многих соматических заболеваний (Карвасарский Б.Д., 1990; Корнетов Н.А., 1993).

Под психосоматическими расстройствами понимают симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Так в зарубежных исследованиях при рассмотрении психосоматических расстройств основное внимание сосредоточено на психодинамической концепции. Alexander указывал, что “специфичность клинических проявлений следует искать в конфликтной ситуации”. Некоторые ученые пытались найти взаимосвязи между соматическими реакциями и постоянными личностными параметрами. N.Peseschkian трактовал психосоматические симптомы как “способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом”.

Имеется точка зрения о том, что психосоматические больные не в состоянии адекватно перерабатывать свои переживания потери объекта, воспринимая ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной, и возникшая депрессия может вызывать телесные нарушения.

Таким образом психическим фактором в случаях психосоматических расстройств выступает в виде личностной predisпозиции, выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

В основе привычного невынашивания лежит нарушение функции репродуктивной системы с особой хронической стрессовой ситуацией в виде нереализованного материнства. При невынашивании беременности нереализованное материнство приводит к возникновению у пациенток отрицательных эмоциональных реакций, возникает ситуация хронического стресса, которая усиливается с каждым неблагоприятным исходом беременности, создавая порочный круг.

Анализ данной литературы показал, что большинство авторов рассматривают эмоциональные расстройства лишь в рамках неосложненной беременности (Сахаров Е.А.,1990; Афиногенова Н.Г.1996), токсикозов беременности (Менделевич В.Д.,2001; Цирюльников М.В.,1971). Что же касается личностных особенностей женщин с привычным невынашиванием, то данные по этому поводу в литературе практически отсутствуют.

Среди последних исследований особый интерес представилась работа Щеглова И.Ю., посвященная изучению психического состояния беременных при

угрожающем аборте. Психическое состояние женщин с осложнениями беременности характеризуется наличием пограничных психических расстройств, которые предвещают появление угрозы выкидыша или развиваются непосредственно после ее возникновения и имеют преимущественно психогенное происхождение. Психические нарушения у беременных представлены невротическими реакциями, основными формами неврозов и неврозоподобными расстройствами. Клиническая картина психических нарушений исчерпывается астеническими, астенодепрессивными и истерическими проявлениями. Щеглова И.Ю. считает, что в генезе психогенных нарушений основная роль принадлежит взаимодействию определенных личностных особенностей женщин (психоастенический тип акцентуации личности) с психотравмирующими факторами, большая часть которых связана с особенностями течения беременности и предыдущим опытом невынашивания.

Рассматривая влияние характерологических и психосоциальных факторов в развитии невынашивания беременности, Вараксина Г.Н. и Зиятдинов Г.М. установили, что они обусловлены неблагоприятными жилищными условиями, психоэмоциональными перегрузками на работе и в семье. Они также считают, что семейная неустроенность, отражающая степень социального неблагополучия, материальное состояние и неблагоприятный микроклимат в семье являются первоопределяющими факторами в развитии невынашивания. Для женщин характерны признаки стресса различной степени выраженности, неустойчивость эмоциональной сферы, ситуационная тревога, негативное отношение к окружающей ситуации, выбор пассивного типа поведения, что свидетельствует об истощении нервной системы.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно считать, что в развитии психосоматических состояний, роль психологических факторов является ведущей.

### **3.2. Модели формирования психосоматических расстройств**

Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств:

- психофизиологическая;
- психодинамическая;
- системно-теоретическая;
- социопсихосоматическая.

**Психофизиологическая модель.** Основоположником изучения психофизиологических взаимосвязей считается И.П.Павлов, впервые описавший условные и безусловные рефлексы. Безусловные рефлексы соответствуют инстинктам и побуждениям и являются врожденными. Условные же рефлексы формируются вследствие научения с целью адаптации к окружающему миру. В экспериментах на животных можно добиться формирования т.н. “экспериментального невроза” в результате закрепления условно-рефлекторных

связей. В дальнейшем психофизиологическая модель была дополнена исследованиями Cannon, Selye. Cannon обнаружил, что экспериментальные ситуации готовят организм к “борьбе или бегству”. По Cannon, человек находится в готовности переживания, которая позволяет ему опознавать события как экспериментальные.

Эта готовность к переживанию превращается в готовность к физическим действиям. При этом для появления сопутствующих телесных реакций не имеет значения, идет ли речь о ложном или об истинном истолковании. Основываясь на данных Cannon, Selye описал патогенез стресса, введя понятие *адапционного синдрома* — неспецифической реакции организма, в которой различают три фазы: тревоги, сопротивления и истощения, ведущими к соматическим изменениям. [18]

**Психодинамические концепции.** Традиционно отправной точкой психосоматики считаются впервые описанные S.Freud конверсионные симптомы при истерии (слепота, глухота, двигательные нарушения). Основываясь на исследованиях S.Freud, Alexander предложил термин “вегетативный невроз”, симптомы которого являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Alexander задал важное направление психосоматическим исследованиям, указав, что “специфичность клинических проявлений следует искать в конфликтной ситуации”. Uexkuell предложил термин “болезни готовности”, при которой происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронофицироваться и приводить к нарастанию активации органов функций.

В соответствии с данной точкой зрения, заболевание развивается в случаях, когда разрешение состояния готовности оказывается невозможным. Это может быть следствием нарушения созревания или потери мотива на основе вытеснения. Психосоматические пациенты значительно отличаются от невротиков, которые готовы “выговориться” о своих проблемах. Т.е. вербальное поведение невротиков отличается от поведения психосоматических больных, для которых характерны обеднение словарного запаса и неспособность вербализовать конфликты. Имеется точка зрения о том, что психосоматические больные не в состоянии адекватно перерабатывать свои переживания потери объекта, воспринимая ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной и возникающая депрессия может вызывать телесные нарушения (Engel, Schmale).

**Системно-теоретические модели.** Системная концепция понимает человека как открытую подсистему в иерархическом ряду других открытых подсистем. Это воззрение уточняет Gunthern, который пытается охватить индивидуума в целостной системной концепции и описывает различные уровни организма — физиологический, когнитивный, эмоциональный и транзактный. Изменения на одном из уровней действуют в качестве стимуляторов на другом уровне, вызывая тем самым соматические расстройства.

**Социопсихосоматика.** Понятие “социопсихосоматика” было введено Schaefer. Delius считал, что социопсихосоматика начинается тогда, “когда тот, кто

озабочен состоянием здоровья, кто болен или чувствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем”. Таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен.

Приведем последовательность развития психосоматического процесса, описанную А. Митчерлихом:

1) Человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне:

а) при достаточно зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем и конфликтов или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация).

б) в случаях, когда использование нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, невротические депрессии, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т.д.).

в) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера.

2) Если по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом психическими средствами, то есть не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе (например, к язве желудка, болезни Крона, язвенному колиту и т.п.). Это защита на психосоматическом уровне.

3) Третий уровень защиты – психотическое симптомообразование (Кернберг). Наблюдения за психотическими пациентами показывают, что как только у них заканчивается обострение психотического состояния, появляются психосоматические расстройства. У наркозависимых нередко периоду злоупотребления психоактивными веществами предшествуют длительные временные периоды обращения к различным специалистам по поводу психосоматических расстройств. [13]

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бандура А. Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
2. Бассин Ф.В. О некоторых современных тенденциях развития теории бессознательного: установка и значимость. /Бассин Ф.В. Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Т.4 – Тбилиси, 1985.
3. Бассин Ф.В. О силе Я и психологической защите/Бассин Ф.В. Вопросы философии, № 2,1969 – с118-126.
4. Вассерман Л.И., Петрова Н.Н. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - Т.10, вып.1. - С.73-74.

5. Веккер Л.М. Психические процессы. – Т. 3. – Л.: Издательство ЛГУ, 1981. – 324 с.
6. Видерман Н.С. Медико-психологические характеристики копинг-поведения больных с зависимостью от алкоголя: Автореферат диссертации на соискание звания кандидата психологических наук/Видерман Н.С., Санкт-Петербург, 2000 – 198 с.
7. Геллерштейн С.Г. Антиципация в свете проблемы бессознательного // Проблемы сознания. Материалы симпозиума. Март – апрель. – М., 1966. – С. 305 –316.
8. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: Психологические механизмы. - СПб.: Знание, Свет, 1999. - 352 с.
9. Завалова Н.Д., Ломов Б.Ф., Пономаренко В.А. Образ в системе психической регуляции деятельности. – М.: Наука, 1986. – 168 с.
10. Исаев Р.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей/ Исаев Р.Н., Санкт-Петербург, 2000 – 512с.
11. Кестер Э. К исследованию антиципации в процессе решения проблемных задач: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1976. – 21 с. Киршбаум Э.И. Психологическая защита / Киршбаум Э.И., Еремеева А.И.: Москва: Смысл, 2000-181 с.
12. Кулаков С.А. Основы психосоматики / Кулаков С.А. – Санкт-Петербург, 2003 – 287 с.
13. Ломов Б.Ф., Сурков Е.Н. Антиципация в структуре деятельности. – М.: Наука, 1980. – 278 с.
14. Ломов Б.Ф. Память и антиципация // Вопросы общей, педагогической и инженерной психологии. – М.: Педагогика, 1991. – С. 73 – 81.
15. Любан – Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах –Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб.: ЗАО “Лита” Издание Санкт – Петербургского научно – исследовательского Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2000 –286 с.
16. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство/Менделевич В.Р. – М: Мед.Пресс-информ, 2001 – 592 с.
17. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина/ Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.–М: Мед.Пресс-информ, 2002–608 с.
18. Найссер У. Познание и реальность. Смысл и принципы когнитивной психологии. – М.: Прогресс, 1981. – 230 с.
19. Нюттен Ж. Процесс формирования цели // Хрестоматия по общей психологии. Раздел 2. Субъект деятельности / Под общ. ред. В.В. Петухова. – М.: Учебно-методический коллектор "Психология", 2000. – С.189 – 191.
20. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия/Сост. К. В. Сельченков – Мн.: Харвест, 1999 – 640 с. – (Библиотека практической психологии)
21. Психиатрия, психосоматика, психотерапия./Кискер К. П., фройнбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э./ пер.с нем. И.Л. Сапожниковой, Э.Л. Глушанского. – М.:Алетейа, 1999. – 504 с.: илл. – (Гуманистическая психиатрия)., Бигтимирова Т. З. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине. – Ульяновск, 1998 –256 с.

22. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия.- Самара: Изд. Дом «Бахрам – М», 2000. – 656с.
23. Сергиенко Е.А. Антиципация в раннем онтогенезе человека: Дисс. в виде научного доклада ... д-ра психол. наук. – М., 1997. – 118 с.
24. Сержкина А. Е. Руководство по математической обработке данных дипломных работ: Учебное пособие / Казанский гос. Технолог. Ун-т, 2001.-64с.
25. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. // Обзор психиатрии и мед. психологии, - 1993. - №1. – С. 53 – 60.
26. Ташлыков В.А. Психологическая адаптация у больных неврозами в инициальный период формирования внутренней картины болезни/Ташлыков В.А. Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. – Ленинград, 1985.
27. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции/Фрейд З. – М.: Наука, 1989-

## **ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

### **4.1. Виды и формы девиантного поведения**

Основоположником современной психологии девиантного поведения по праву может считаться Эмиль Дюркгейм, написавший ставшую классической работу «Самоубийство» (1897).

Девиантное поведение — это поведение, отклоняющееся от общепринятых, социально одобряемых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития.

Девиант — индивид, отличающийся по своим личностным характеристикам и поведенческим проявлениям от общепринятых норм: социальных, психологических, этнических, педагогических, возрастных, профессиональных и т.д.

В клинической психологии существует множество классификаций видов отклоняющегося поведения.

Так, Е.В. Змановская все виды отклоняющегося поведения располагает на единой шкале деструктивности с двумя противоположными направлениями - на себя или на других: антисоциальное (активно-деструктивное) - просоциальное - (относительно деструктивное) - асоциальное (пассивно-деструктивное) - саморазрушительное (пассивно-аутодеструктивное) - самоубивающее (активно-аутодеструктивное) . Она считает, что выделение типов девиантного поведения может быть обусловлено масштабами явления, негативными или позитивными его последствиями; длительностью нарушений; типом нарушаемой нормы; целями, мотивацией поведения и пр.

Е.В. Змановская предлагает собственную классификацию поведенческих отклонений, отмечая три основные группы: антисоциальное (противоречащее правовым нормам); асоциальное (уклоняющееся от выполнения морально-нравственных норм); аутодеструктивное (саморазрушительное, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее целостности и развитию личности).

В. Н. Иванов выделяет два уровня отклоняющегося поведения:

1. Докриминогенный: мелкие проступки, нарушение норм морали, правил поведения в общественных местах, уклонение от общественно-полезной деятельности, употребление алкогольных, наркотических, токсических средств, разрушающих психику, и другие формы поведения, не представляющие опасности.
2. Криминогенный: действия и поступки, выражающиеся в преступных уголовно-наказуемых деяниях[1].

«Ядром» девиантного поведения в классификации Ф. Патаки является комплекс определенных симптомов, приводящих человека к стойким формам девиантного поведения. Ф. Патаки определяет основные типы девиантного поведения: аффективный тип поведения; ранние антисоциальные формы поведения.

Наиболее значительной работой по психологии девиантного поведения явилась книга В.Д.Менделевича (2001). По мнению В.Д.Менделевича, девиация поведения является феноменом сложным и многовариативным.

Девиантное поведение человека обозначили как систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением (В.Д.Менделевич, 1998).

В.Д.Менделевич (далее мы будем использовать работу В.Д.Менделевича (2001) без последующих ссылок) выделил в зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества пять типов девиантного поведения:

- деликвентное поведение;
- аддиктивное;
- патохарактерологическое;
- психопатологическое;
- на базе гиперспособностей.

Основой оценки девиантного поведения является анализ его взаимодействия с реальностью, поскольку главенствующим принципом нормы является адаптивность – приспособление по отношению к реальному окружению индивида.

В.Д. Менделевич выделяет несколько способов взаимодействия индивида с реальностью:

- противодействие реальности - наблюдается при антисоциальном поведении, когда человек пытается разрушить действительность, изменить её в соответствии со своими установками и ценностями;

- уход от реальности - наблюдается при аддиктивном поведении: человек оценивает реальность негативно и оппозиционно, считая себя неспособным адаптироваться к ней;

- игнорирование реальности - наблюдается на базе гиперспособностей, когда человек не принимает в расчёт требования и нормы реальности и живёт в собственном узкопрофессиональном мире;

- болезненное противостояние реальности - наблюдается на базе психопатологии и психических расстройств личности, когда окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания.

### *Делинквентное поведение*

Понятие происходит от латинского *delinquens* — «проступок, провинность». Под этим термином мы будем понимать противоправное поведение личности — действия конкретной личности, отклоняющиеся от установленных в данном обществе и в данное время законов, угрожающие благополучию других людей или социальному порядку и уголовно наказуемые в крайних своих проявлениях.

В конце XX века отечественные и зарубежные ученые считали целесообразным подразделять отклоняющееся поведение на следующие типы (разновидности): преступное (криминальное), делинквентное (допреступное) и аморальное (безнравственное). При этом давно ведутся дискуссии по поводу делинквентности, которая, с точки зрения одних ученых (Змановская Е., 2006; Ремшмидт Х., 1992 и др.) может включать все юридически наказуемые деяния, а с точки зрения других (Личко А.Е., 1983; Сафина Г.В., 1993 и др.) сводиться к мелким антиобщественным действиям и правонарушительному поведению, не несущему за собой уголовной ответственности: агрессивность, лживость, бродяжничество, дерзость и сквернословие, крайнее непослушание, враждебность к учителям и родителям, жестокость к младшим и животным. При этом данные качества являются также аморальными, противоречащими нормам этики и общечеловеческим ценностям. Т.о., в силу определенных традиций имеет место смешение делинквентного и криминального поведения, наблюдается определенная трудность в разграничении делинквентных и аморальных поступков. В.Д. Менделевич (2001) подчеркивает, что преступное и делинквентное поведение носят антисоциальный характер, а отражающее аномалии характера аморальное поведение - асоциальный, лишь предрасполагая к совершению делинквентных и криминальных проступков.

Отличия делинквентного от криминального поведения коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

К. К. Платонов выделил следующие типы личности преступников:

1. определяется соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям;

2. определяется неустойчивостью внутреннего мира, личность совершает преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц;

3. определяется высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм;

4. определяется не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм;

5. определяется возможностью только случайного преступления.

### ***Патохарактерологический и психопатологический типы поведения***

Под патохарактерологическим типом девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся расстройства личности (психопатии) и явные, выраженные акцентуации характера.

Дисгармоничность черт характера приводила к тому, что изменялась вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствовался не реалистичными мотивами, а “мотивами психопатической самоактуализации”. По данным Л.М.Балабановой при эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (возбудимой психопатии) частым мотивом поведения становится стремление к реализации неадекватно завышенного уровня притязаний, тенденция к доминированию и властвованию. Представители зарубежной психологии неоднократно обращались к проблеме базисных качеств личности в контексте девиации поведения. В индивидуальной психологии А. Адлера (1999), центральная идея - бессознательное стремление человека к совершенству А. Адлер ввел понятие “компенсация” и “сверхкомпенсация”.

У индивидов с ананктастными и тревожными (уклоняющимися) личностными расстройствами (психастенической психопатией) патологическая самоактуализация выражается в сохранении ими первичного стереотипа действий, в уходе от нежелательного контакта, сохранение личностной независимости. К. Хорни объяснила такое поведение наличием “базовой тревоги”, бессознательное переживание враждебности мира по отношению человека: “Если я избегаю людей, они не могут причинить мне вреда”. По К.Хорни, человек, чтобы уменьшить тревогу ищет защитные формы поведения. К.Хорни отмечает, что индивид пытается скрыть то, что обычно понимают под термином “агрессия”. У К.Хорни “агрессия” - это не только проявление гнева, мести и зависти, а также - это тайные претензии к другим людям.

К патохарактерологическим девиациям были также отнесены невротические развития личности - патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза на базе невротических симптомов и синдромов. Девиации проявились в виде невротических навязчивостей и ритуалов. Человек с обсессивным развитием личности осознает лишь то, что он считает “правильным”, т.е. то, что не несет в себе опасности риска и страха, с ним связанного (Ф.Риман, 1998). Навязчивое мытье рук, навязчивые сомнения, навязчивый счет, навязчивые воспоминания - навязчивые симптомы становятся внутренне необходимыми, полагает Ф.Риман. Постоянное самонаблюдение и самоконтроль создают условия для ипохондрической настроенности, которая может быть использована как эквивалент агрессивности (по Ф.Риману), при которой все

окружающие страдают от ипохондрических страхов и симптомов, омрачающих все радостное и светлое.

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах, являющихся проявлением тех или иных психических заболеваний. Одной из разновидностей патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного поведения является агрессивное и аутодеструктивное поведение.

Агрессивное поведение – поведение, направленное на причинение вреда кому-либо. По З.Фрейду (1981) влечение к агрессии подобно тенденции к саморазрушению.

К.Абрахам (1998), изучая этот вопрос, пришел к выводу, что депрессия является следствием подавляемых агрессивных и садистических импульсов и проекции их на окружающих.

Исследователь человеческой эмоциональности Ф.Риман (1998) считал, что важными личностными свойствами, отражающими индивидуальные особенности человека, являются страх, агрессия и любовь. Ф.Риман сделал предметом своего исследования четыре личностные структуры (лица с навязчивым характером, истерические личности, шизоидные личности, депрессивные личности) с определенной акцентуацией. Автор полагал, что акцентуированная личность, как правило, не адаптирована к окружающей среде или находится в конфликте с ней. Существенной чертой акцентуированной личности являлась также неадекватность ее отражательной способности. Реальное положение дел расходится с тем, как акцентуированная личность отражает его в своем сознании. При этом расхождение между реальностью и представлениями о ней углубляло конфликт с обществом и внешним миром.

Именно эти два фактора вошли в определение психической болезни. Первый – “нарушения произвольной адаптации человека к условиям внутренней и внешней среды”. Второй фактор, являющийся в большинстве случаев причиной дезадаптации, - “неадекватность субъективной отражательной деятельности” (А.А.Портнов, Д.Д.Федотов, 1971).

### *Аддиктивное поведение*

Аддиктивное поведение рассматривается как одна из форм девиантного, деструктивного поведения. Традиционно зависимое поведение понимается как поведения, характеризующегося стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, с целью получения интенсивных эмоций (Б.Д.Карвасарский, Ц.П.Короленко).

Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и т.д.), - одна из форм девиантного поведения.

Термин аддикция (addiction) известен еще со времен древнего Рима, когда он обозначал отношения должника по отношению к кредитору. В течение XIX в. термин аддикция использовался для описания приверженности, глубокого при-

страстия, привязанности, поиска, стремления или склонности, например, «увлечения» написанием писем или ботаникой или газетами. Только в конце девятнадцатого столетия термин стал включать зависимость от наркотиков типа морфия, героина, хлорала и кокаина, как одну из многих склонностей и зависимостей. Отсутствие зависимости предполагает, что индивид соответствует понятиям поведенческой нормы. Норма же — это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частных суждений членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его (К.К. Платонов).

Краеугольным камнем аддиктологии являются представления о сущности аддиктивной личности. В современной науке выделяют следующие психологические теории, которые пытаются объяснить причины формирования аддиктивного поведения.

Проблеме наркомании посвящены ряд работ (А.Е.Личко, С.Б.Ваисов, С.Д.Смирнов). Авторы единодушно утверждают, что особенности поведения наркозависимых – это результат взаимодействия многих типов факторов: факторов внутренних условий развития, психологические особенности личности, выступающие в литературе под названием сопутствующих или коморбидных свойств. Поведенческим расстройствам сопутствует синдром дефицита внимания, агрессия, депрессивные состояния, повышенная тревожность.

Блатт, Берман, Шугарман, Клебер (1984) провели углубленное исследование наркотической зависимости и обнаружили, что она определяется рядом факторов: потребностью в контейнировании агрессии, желанием ослабить депрессивное состояние. Аддикты, по мнению авторов, ведут непрестанную борьбу с чувством стыда и вины, ощущением своей никчёмности и с повышенной самокритичностью. В работах Вёрмсера (1974) подчеркивалось, что Супер-Эго становится для аддиктивной личности невыносимым мучителем, от которого они спасаются бегством в мир наркотиков. Э.Д.Ханзян(2000) подчёркивал, что серьёзная и обширная психопатология, включающая в себя существенную дефицитарность мотивационно-аффективной сферы, неспособность заботиться о себе и контролировать свои импульсы, предопределяет возникновению аддикции. Аддиктивное поведение предполагает наличие неизменных трудностей в регулировании эмоций; наркотики представляют собой отчаянную попытку контролировать аффекты.

Л.Вёрмсер отметил, что между аддиктивным и невротическими паттернами поведения нет принципиального различия. Во-первых, обоих случаях - выраженное избегание и отрицание: «у меня нет никаких внутренних проблем. Все зависит от того, что происходит во внешнем мире, все можно исправить, если повлиять на внешний мир»; или: «Если бы я только мог избежать использования наркотиков, все стало бы хорошо». Отрицается, какая бы то ни было, связь внутренней реальности в целом с жизненными проблемами.

Во-вторых, исследуя пациентов с аддиктивными формами поведения, Л.Вёрмсер обнаружил, что понятие «аддиктивное поведение» синонимично

понятию «компульсивности», которая включена в самую суть невротического процесса. Ненасытность, автоматичность и бесконечная повторяемость.

Третий критерий заключался в поляризации противоположностей, разделении всех оценок по полюсам: Бог и Дьявол, любовь и ненависть - в их крайних проявлениях. Следующий критерий - чувство абсолютности и глобальности большинства переживаний, требование тотальности эмоционального или когнитивного понимания себя и мира. Желания и аффекты имеют исключительно подавляющий, глобальный, всеобъемлющий характер. Иными словами, наблюдается эмоциональный «перехлест» в оценке себя или других, окружающего мира.

Э.Сэбшин (2000) указала на то, что больные шизофренией, с невротическими расстройствами, наркоманией не способны распознать и идентифицировать переживаемые ими внутренние чувства; задача психотерапевта, по мнению Э.Сэбшин, помочь идентифицировать эти чувства.

Значение личностных свойств больных в отечественной психиатрии рассматривалась с точки зрения определенной predisпозиции, которая в психотравмирующей ситуации приобретает усиленное звучание. Такой взгляд на роль личностных особенностей можно встретить в работах Б.Д.Карвасарского (1980), Ю.А.Александровского (1982). Роль базисных личностных свойств при формировании психопатологических проявлений была показана Л.Н.Собчик (1993). Автор выделила три типа дезадаптации: невротический, психопатический и психосоматический.

Л.Н.Собчик сделала вывод о том, что все психогенно спровоцированные или связанные с избыточной эмоциональной напряженностью пограничные расстройства тесно связаны с базисными, личностными особенностями. Невротические расстройства формируются на базе преобразования в структуре личности гипостенических черт, при этом невротический сверхконтроль, пессимистичность, интравертированность трансформируется в ипохондричность, депрессивные проявления, навязчивые страхи, реакции «эскейпа».

Среди немногих работ, посвященных исследованиям связи между значимыми эмоциональными качествами личности и формами девиантного поведения, привлекла внимание публикация Е.П.Чечельницкой (1999). Она, изучая психологию нарциссизма, предположила, что эмоционально значимым качеством для нарциссической личности явилось «чувство зависти к окружающим, или убежденность в том, что другие завидуют ему». «Особенностями эмоциональной сферы являются чувство пустоты и скуки, интенсивный гнев» (по Е.П.Чечельницкой). Автор отмечает, что предпринимались попытки выделить индивидуально-личностные свойства нарциссической личности, ими оказались «чувство своей избранности и особых прав, потребность в восхищении».

В Я-психологии, разработанной Х.Кохутом (1984), пациент рассматривался как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности. Я.Кохут изучал пациентов с нарциссическими расстройствами. Эти пациенты жаловались на неудовлетворенность своими взаимоотношениями с окружающими, их самооценка была крайне уязвимой к любым проявлениям неуважения. Работы Х.Кохута

объяснили каким образом дефицитарность структуры и развития конкретного индивида влияет на поддержания самооценки и как аддиктивные личности, в частности, используют наркотики в целях компенсации. Кохут замечал: «Наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта в психологической структуре. Аддикты страдают от того, что не чувствуют себя «хорошими» и поэтому неспособны удовлетворить свои потребности. Под холодностью и отчуждением часто скрываются более глубокие стыд и чувство собственной неадекватности». К характеристикам зависимой личности вне личностного расстройства можно отнести такие индивидуально-психологические параметры как инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения

1. сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;

2. скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;

3. внешняя социальность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;

4. стремление говорить неправду;

5. стремление обвинять других, зная, что они невиновны;

6. стремление уходить от ответственности в принятии решений;

7. стереотипность, повторяемость поведения;

8. зависимость;

9. тревожность.

### *Девииции, обусловленные гиперспособностями человека*

Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека. Выходящими за рамки обычного, нормального рассматривают человека, способности которого значительно и существенно превышают среднестатистические способности. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из деятельностей человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек оказывается часто неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он неспособен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни.

Если при делинквентном поведении наблюдается противоборство во взаимодействии с реальностью, при патохарактерологическом и психопатологическом - болезненное противостояние, то при поведении, связанном с

гиперспособностями - игнорирование реальности. Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», в которой действуют другие окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное, и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отстраненно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут носить чужаковский характер. К примеру, он может не знать, как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

### ***Формы девиантного поведения***

Девиантное поведение имеет следующие клинические формы: агрессия; аутоагрессия (суицидальное поведение); злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др. ); нарушение пищевого поведения (переедание, голодание); аномалии сексуального поведения; сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм - религиозный, спортивный, музыкальный и пр. ); сверхценные психопатологические увлечения («философская интоксикация», разновидности маний - kleptomания и др.); характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др. ); коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность,

### **4.2. Признаки девиантного поведения**

- Отклоняющееся поведение личности — это поведение, которое не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам.
- Девиантное поведение и личность, его проявляющая, вызывают негативную оценку со стороны других людей (осуждение, социальные санкции).
- Девиантное поведение наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям. Таким образом, девиантное поведение деструктивно или аутодеструктивно.
- Девиантное поведение можно охарактеризовать как стойко повторяющееся (многократное или длительное).
- Девиантное поведение должно согласовываться с общей направленностью личности.
- Девиантное поведение сопровождается явлениями социальной дезадаптации.
- Девиантное поведение имеет выраженное индивидуальное и возрастно-половое своеобразие.

Таким образом, девиантное поведение — это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся социальной дезадаптацией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанова Л. М. Судебная патология. – М., 1998.
2. Берн Э. Секс в человеческой любви. – М., 1990.
3. Гальперин П. Я.. Введение в психологию. - М., 1976.
4. Дюркгейм Э. Социология образования. – М., 1996.
5. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980.
6. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, 1990.
7. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов–на–Дону, 1997.
8. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М., 1998.
10. Мясищев В. Н. Структура личности и отношения человека и действительности. – М., 1956.
11. Олпорт Г. Личность: норма и аномалия. – М., 1980.
12. Петровский В. А. Психология неадаптивной личности. – М., 1992.
13. Платонов К. К. Структура и развитие личности. – М., 1986.
14. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методы патопсихологии. – М., 1970.
15. Социальная педагогика: Курс лекций. / Под общей ред. М. А. Галагузовой - М., 2000.
16. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. - М., 1994.

## ГЛАВА 5.

### СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

#### 5.1. Понятие суицида

Суицид (самоубийство) – это осознанное лишение себя жизни.

К суицидальному поведению относятся суицидальные мысли, представления, замыслы, намерения, суицидальные попытки и завершённый суицид.

В настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств, причины и мотивы суицидального поведения. Среди множества концепций выделяются три основные концепции суицида: психопатологическая, психологическая и социологическая.

Психопатологическая концепция исходит из положения о том, что все самоубийцы — душевнобольные люди, а суицидальные действия — проявления

острых или хронических психических расстройств. Предпринималась даже попытка выделить самоубийства в отдельную нозологическую единицу (suicidomania), а сама проблема изучалась специфическими для медицины методами, т.е. с точки зрения этиологии, патогенеза и клиники заболевания. Предлагались различные методы физиотерапевтического и медикаментозного лечения суицидомании (кровопускания, слабительные, желчегонные средства, холодные влажные обертывания и т.д.).

На современном этапе развития психологической науки психопатологическая концепция представляет скорее исторический интерес, хотя некоторые исследователи и сейчас считают, что суицидальные действия представляют собой одну из форм проявлений психических заболеваний. В своей практике мы часто сталкиваемся с тем, что многие педагоги и психологи объясняют проблемное поведение у детей и подростков с позиций этой концепции: «Ему лечиться надо», «Псих», «Это не наш случай, там, скорее всего, диагноз» и т.п.

А.Е. Личко (1985) пишет: «Суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема пограничной психиатрии, т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера». По наблюдению автора, лишь 5 % суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии — 20–30 %, а все остальные на так называемые подростковые кризы.

В целом статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее, для некоторых патологических состояний и расстройств, например для острого психотического состояния и для депрессии, суицидальный риск выше.

Социологическая концепция исходит из того, что в основу суицидального поведения закладываются снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль.

По мнению представителей этой концепции, большинство суицидальных действий направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Это в первую очередь относится к суицидальным действиям подростков, поскольку они направлены обычно не против своей личности, а против окружения, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе. Речь идет не о покушении на самоубийство, а лишь о применении суицидальной техники для достижения цели.

Большинство ученых-социологов считают, что социальная структура и жизненные ценности могут оказывать существенное влияние на уровень опасности совершения суицида. Французский социолог Э. Дюркгейм доказал, что этот уровень напрямую связан с социальной интеграцией человека — то есть степенью, согласно которой индивид чувствует себя частью большой группы. Э. Дюркгейм считал, что самоубийство более вероятно, когда человек испытывает недостаток социальных отношений, особенно, когда такая проблема встает перед ним внезапно. У подростков социальной причиной может стать изоляция в классе, изоляция в референтной группе, дезадаптация в новом коллективе (например, при переходе в

другую школу или помещении подростка в социальный приют). Метафорически это можно обозначить как «чужой среди своих».

Существенным оказывается семейное влияние. Так, наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики

Психологическая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы (от фрейдовского «танатоса» до современных представлений о природе психологической дезадаптации). Сторонники этой концепции считают, что самоубийство — это преобразованное (направленное на себя) убийство.

Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других, нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами. Психологическими особенностями детей и подростков группы риска являются впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать.

Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния. Признаками депрессии у детей могут быть печаль, ощущение бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страхи, неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость, беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации.

Змановская Е.В. (2004) пишет о том, что у подростков мы наблюдаем несколько иную картину суицидального поведения. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей. К «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушанию, злоупотребление алкоголем и наркотиками. В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. По мнению Л.Я. Жезловой (Амбрумова А.Г. Жезлова Л.Я., 1978), в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном — «сексуальные» и «любовные». Еще одним важным фактором выступает влияние подростковой субкультуры.

Мотивы и причины самоубийства связываются, прежде всего, с потерей смысла жизни. В. Франкл (1990) указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения. А.Г. Амбрумова и ряд других исследователей расценивают суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Э. Шнейдман (2001) предлагает рассматривать суицид с точки зрения психологических потребностей. В соответствии с его теорией, суицидальное поведение определяют два ключевых момента: душевная боль, которая оказывается

сильнее всего остального; состояние фрустрации или искажение наиболее значимой потребности личности.

Э. Шнейдман впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Он тщательно исследовал существующие в обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обуславливающие суицидальное поведение. Эти особенности отражены в созданной им оригинальной типологии индивидов, которые, нередко сознательно, сами приближают свою смерть.

К ним относятся:

- **Искатели смерти**, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;
- **Инициаторы в смерти**, намеренно приближающие ее (например, тяжелобольные, сознательно лишаящие себя систем жизнеобеспечения);
- **Игроки со смертью**, склонные искать ситуации, в которых жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается низкой вероятностью;
- **Одобряющие смерть**, то есть те, кто, не стремясь активно расстаться с жизнью, вместе с тем не скрывает своих суицидальных намерений: это характерно, например, для одиноких стариков или эмоционально неустойчивых подростков и юношей в пору кризиса эго-идентичности.

Э. Шнейдман описал и выделил общие черты, характерные для всех суицидов, несмотря на разнообразие обстоятельств, и методов их совершения:

1. *Общей целью для суицида является поиск решения.*
2. *Общей задачей суицида является прекращение сознания.*
3. *Общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль.*
4. *Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности.*
5. *Общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность.*
6. *Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.*
7. *Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы.*
8. *Общим действием при суициде является бегство (агрессия).*
9. *Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.*
10. *Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему стилю (паттернам) поведения в течение жизни.*

Вместе с Н. Фарбероу Э. Шнейдман ввел в практику метод психологической аутопсии (включающий анализ посмертных записок суицидентов), значительно углубивший понимание психодинамики самоубийства. На основе этого метода им были выделены три типа суицидов:

- **Эготические самоубийства**; причиной их является интрапсихический диалог, конфликт между частями Я, а внешние обстоятельства играют лишь

дополнительную роль; например, самоубийства психических больных страдающих слуховыми галлюцинациями;

- **Диадические самоубийства**, основа которых лежит в нереализованных потребностях и желаниях, относящихся к значимому близкому человеку; таким образом, внешние факторы доминируют, делая этот поступок актом отношения к другому;
- **Агенеративные самоубийства**, при которых причиной является желание исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом, например, суициды в пожилом возрасте.

В последних работах Э. Шнейдман подчеркивал важность одного психологического механизма, лежащего в основе суицидального поведения, - душевной боли (*psychache*), возникающей из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Н. Фарбероу является создателем концепции саморазрушающего поведения человека. Его подход позволяет шире взглянуть на проблему, рассматривая не только завершённые самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, трудоголизм, делинквентные поступки, неоправданную склонность к риску, неадекватный азарт и т.д. Этот подход позволил Н. Фарбероу разработать принципы современной профилактики самоубийств. Кроме того, Н. Фарбероу занимается исследованиями психологии «оставшихся в живых» (*survivors*) – незадачливых самоубийц, а также родственников и друзей тех, кто покончил собой.

Таким образом, практически всеми исследователями самоубийство рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемых ею конфликтов. При этом суицид представляет собой один из вариантов поведения человека в экстремальной ситуации, причем суицидогенность ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями субъекта, его жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью интерперсональных связей. Понятие предиспозиционной дезадаптации включает в себя снижение социально-психологической адаптированности личности в виде предрасположенности, готовности к совершению суицида.

В условиях предиспозиционной дезадаптации происходит социально-психологическая дезадаптация личности, что проявляется в нарушениях поведения и различных психоэмоциональных сдвигах. При переходе предиспозиционной стадии дезадаптации в суицидальную решающее значение имеет конфликт, который понимается как сосуществование двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одна из которых составляет актуальную для личности потребность, другая – преграду на пути ее удовлетворения.

В рамках психологического подхода также широко представлены работы, изучающие связь между личностными особенностями и суицидальным поведением. Распространено мнение, что тип девиации, например насильственная или самодеструктивная, определяется складом личности. А.Е. Личко отмечает связь

между типом акцентуации характера подростка и суицидальным поведением. Так, суицидальные демонстрации в 50% случаев сочетаются с истероидным, неустойчивым, гипертимным типами, а покушения — с сенситивным (63%) и циклоидным (25%) типами. А.Е. Личко отмечает чрезвычайно низкую суицидальную активность шизоидов. В.Т. Кондратенко напротив, приводит данные в пользу шизоидного, психастенического, сенситивного, возбудимого и эпилептоидного типов. Авторы сходятся во мнении, что практически не склонны к покушениям и суицидам астенический, гипертимный, неустойчивый типы подростков.

Кроме этого, исследователи Н.В. Конончук, В.К. Мягер выделили три основных свойства, характерных для суицидента:

- повышенная напряженность потребностей;
- повышенная потребность в эмоциональной близости при сверхзначимости отношений;
- низкая фрустрационная толерантность и слабая способность к компенсациям.

Суммируя данные, полученные различными авторами, можно представить некий обобщенный психологический портрет суицидента. Для него характерна как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению. Также отмечаются трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем.

## **5.2. Причины и мотивы суицидального поведения у детей и подростков**

Для более полного и глубокого анализа природы самоубийства большое значение имеет понимание мотивов, лежащих в основе суицидальных действий. В различных ситуациях могут действовать разные мотивы суицидального поведения.

Тихоненко В.А. (1978) предлагает следующую классификацию: протест; месть; призыв (проявить внимание, оказать помощь); избегание (наказания, страдания); самонаказание; отказ (от существования). Например, в суицидальных попытках подростков можно выделить следующие побуждения. Это может быть сигнал дистресса: «Обратите на меня внимание, мне плохо!». Также подросток может пытаться манипулировать другими, например, принять большую дозу таблеток, чтобы заставить друга или подругу вернуться к нему. Другой вариант — стремление наказать других, возможно, сказать им: «Вы пожалеете, когда я умру». Мотивами могут стать и реакции на чувство вины или следствие переживания стыда, страх столкновения с болезненной ситуацией, следствие действия алкоголя или наркотических средств и многое другое.

Многие исследователи, анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделили четыре основные причины самоубийства:

- изоляция (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется);
- беспомощность (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя);

- безнадежность (когда будущее не предвещает ничего хорошего);
- чувство собственной незначимости (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

Амбрумовой А. Г., Бородиным С. В., Михлиным А. С. (1980) была предпринята попытка классификации основных суицидальных мотивов, в числе которых выделялись следующие:

1) Лично-семейные:

- семейные конфликты, развод (для подростков — развод родителей);
- болезнь, смерть близких;
- одиночество, неудачная любовь;
- половая несостоятельность;
- оскорбление, унижение со стороны окружающих и т.д.

2) Состояние здоровья:

- психические заболевания;
- соматические заболевания;
- уродства.

3) Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

- опасение уголовной ответственности;
- боязнь иного наказания или позора.

4) Конфликты, связанные с работой или учебой.

5) Материально-бытовые трудности.

***Выделяют три степени суицидального риска:***

1. Незначительный риск (есть суицидальные мысли без определенных планов).
2. Риск средней степени (есть суицидальные мысли, план без сроков реализации).
3. Высокий риск (есть мысли, разработан план, есть сроки реализации и средства для суицида).

Последователь школы психоанализа американский ученый К. Меннингер развил представления З. Фрейда о суициде, исследовав его глубинные мотивы. Он выделил три составные части суицидального поведения. По его мнению, для того чтобы совершить самоубийство необходимо:

- **Желание убить** – суициденты, будучи в большинстве своем инфантильными личностями, реагируют яростью на помехи или препятствия, стоящие на пути реализации их желаний;
- **Желание быть убитым** – если убийство является крайней формой агрессии, то суицид представляет собой высшую форму подчинения: человек не может выдержать укоров совести и страданий из-за нарушения моральных норм и потому видит искупление вины лишь в прекращении жизни;
- **Желание умереть** – оно распространено среди людей, склонных подвергать свою жизнь необоснованному риску, а так же среди больных, считающих смерть единственным лекарством от телесных и душевных мучений.

### **Выделяют также ряд личностных стилей суицидентов:**

- *Импульсивный*: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.
- *Компульсивный*: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотношении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.
- *Рисковый*: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.
- *Регрессивный*: снижение по различным причинам эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью.
- *Зависимый*: беспомощность, безнадежность, пассивность и постоянный поиск посторонней поддержки.
- *Амбивалентный*: наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.
- *Отрицающий*: преобладание магического мышления, в силу чего отрицается конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.
- *Гневный*: затрудняется выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.
- *Обвиняющий*: убежден в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.
- *Убегающий*: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать психотравмирующей ситуации.
- *Бесчувственный*: притупление эмоциональных переживаний.
- *Заброшенный*: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.
- *Творческий*: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

Учитывая вышесказанное, мы можем определить следующую группу риска:

1. Подростки с предыдущей (незаконченной) попыткой суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент подростков, совершающих повторное самоубийство, достигает 30%.
2. Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
3. Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию).
4. Подростки, у которых в роду были случаи суицидального поведения.
5. Подростки, злоупотребляющие алкоголем. Риск суицидов очень высок — до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые часто предшествуют суициду.

6. Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психоактивные вещества) ослабляют мотивационный контроль над поведением, обостряют депрессию, вызывают психозы.
7. Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжелыми депрессиями (психопатологические синдромы).
8. Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые).
9. Подростки, переживающие тяжелые утраты, например смерть родителя (любимого человека), особенно в течение первого года после потери.
10. Подростки с выраженными семейными проблемами: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие и т.п.

***Наиболее распространенными признаками суицидального поведения являются:***

**Уход в себя.** Стремление побыть наедине с собой присуще каждому человеку. Скажем больше, в подростковом возрасте это желание является естественным. Подростки начинают задумываться о смысле жизни, выстраивать свой мир, свое пространство и ограничивают доступ в него близких родственников. Например, на двери комнаты подростка может появиться табличка «Не входить, охраняемая территория». При этом мы должны помнить и рассказать родителям подростка, что если замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда подросток уходит в себя, сторонится близких друзей, это может быть симптомом самоизоляции, бегства от какой-то невыносимой ситуации.

**Капризность, привередливость.** Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние у подростков может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, информационной перегрузкой, влюбленностью, школьными или семейными неурядицами и т.п. Но когда вы наблюдаете, что настроение подростка чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги.

**Депрессия.** Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Что касается подростков, то они становятся замкнутыми, уходят в себя, при этом могут маскировать свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не будут замечать перемен в их поведении. Единственный выход в таких случаях — прямой и открытый диалог, прояснение причин эмоционального упадка.

**Агрессивность.** Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако такое поведение обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от агрессивного подростка. Обратите внимание на детей и подростков, у которых в последнее время повысилась агрессивность, случались нехарактерные для них вспышки гнева, ярости.

**Нарушение аппетита.** Отсутствие или, наоборот, ненормально повышенный аппетит бывают тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Наличие подобной проблемы педагог-психолог может прояснить у родителей.

**Раздача подарков окружающим.** Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Происходит обесценивание того, что раньше было значимым. Подростки в такой ситуации раздаривают любимые вещи (диски с играми, музыкой, одежду или коллекцию постеров и др.) или наоборот начинают игнорировать их (ходят в одной одежде, остальное висит в шкафу; не слушают любимые музыкальные диски, не смотрят любимые передачи и т.п.) Как показывает опыт, это — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

**Психологическая травма.** Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К «срыву» может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими, моральными и интеллектуальными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться подростку трагедией. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

**Перемены в поведении.** Внезапные, неожиданные изменения в поведении подростка должны стать предметом внимательного наблюдения. В этом вам помогут педагоги и родители. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый ученик неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве или психологической травме, а подросток стремится скрыть свои переживания под маской веселья и беззаботности. Другими тревожными симптомами являются снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, жизни.

**Угроза.** Если подросток открыто высказывает намерение уйти из жизни — это должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях со стороны педагога-психолога недопустимо невнимание и агрессивность к суициденту. Подобные реакции только подтолкнут его к исполнению угрозы. Необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, не отпускать из своего кабинета, пока не будет оценена степень риска (затем действовать в соответствии со схемой сопровождения в рамках каждой степени риска), проинформировать родителей, в случае необходимости проконсультироваться по телефону со специалистами-медиками.

**Активная предварительная подготовка.** Выражается в том, что подросток изучает специфическую литературу или Интернет и собирает информацию об отравляющих веществах и лекарствах (других способах самоубийства), ведет

разговоры о суициде как о легкой смерти, о загробной жизни, посещает кладбища и красочно описывает их и т.п.

Факторы повышенного суицидального риска можно разделить на экстра- и интроперсональные (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

*К экстраперсональным факторам* суицидального риска следует отнести:

- психозы и пограничные психические расстройства;
- суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицид;
- подростковый возраст;
- экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия жизнедеятельности;
- утрату статуса;
- конфликтную психотравмирующую ситуацию;
- пьянство, употребление наркотиков.

*Среди интроперсональных факторов* суицидального риска можно выделить:

- особенности характера;
- сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам и фрустрирующим факторам;
- неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватную (завышенную, заниженную или неустойчивую) самооценку;
- отсутствие или утрату целевых установок и ценностей, лежащих в основе жизненной позиции и т.д.

Выделяются внешние, *поведенческие и словесные маркеры* суицидального риска.

- Поведенческие маркеры:
- Тоскливое выражение лица.
- Склонность к нытью, капризность, эгоцентрическая направленность на свои страдания, слезливость.
- Скука, грусть, уныние, угнетенность, мрачная угрюмость, злобность, раздражительность, ворчливость.
- Брюзжание, неприязненное, враждебное отношение к окружающим, чувство ненависти к благополучию окружающих.
- Гипомимия (повышенная, часто неестественная мимика).
- Амимия (отсутствие мимических реакций).
- Тихий монотонный голос, замедленная речь, краткость или отсутствие ответов.
- Ускоренная экспрессивная речь, патетические интонации, причитания.
- Общая двигательная заторможенность или бездеятельность, адинамия (все время лежит на диване).
- Двигательное возбуждение.
- Склонность к неоправданно рискованным поступкам.
- Чувство физического недовольства, безразличное отношение к себе, окружающим, «бесчувственность».

- Тревога беспредметная (немотивированная), тревога предметная (мотивированная).
- Ожидание непоправимой беды, страх немотивированный, страх мотивированный.
- Постоянная тоска, взрывы отчаяния, безысходности, усиление мрачного настроения когда вокруг много радостных событий.
- Пессимистическая оценка своего прошлого, избирательное воспоминание неприятных событий прошлого.
- Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния, отсутствие перспектив в будущем.
- Активное взаимодействие с окружающими (стремление к контакту, поиски сочувствия, обращение за помощью к врачу) либо нелюдимость, избегание контактов с окружающими
- Расширение зрачков, сухость во рту («симптомы сухого языка»), тахикардия, повышенное давление, ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха, комка в горле, головные боли, бессонница или повышенная сонливость, чувство физической тяжести, душевной боли в груди, то же в других частях тела (голове, животе), запоры, нарушение менструального цикла (задержка).

#### **Словесные маркеры (высказывания ребенка):**

- Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях: «Хочу умереть!», «Ты меня больше не увидишь!», «Я этого не вынесу!», «Скоро все это закончится!».
- Шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни («Никто из жизни еще живым не уходил!»).
- Уверения в своей беспомощности и зависимости от других («Если с ней что-то случится, то я не выживу, а пойду вслед за ней!», «Если он меня разлюбит, я перестану существовать!» и т.п.).
- Прощания.
- Самообвинения («Я ничтожество! Ничего из себя не представляю», «Я гениальное ничтожество. Если, как говорит один хороший человек, самоубийство, это естественный отбор, то почему же я не убьюсь, наконец?» и т.п.).
- Сообщение о конкретном плане суицида («Я принял решение. Это будет сегодня, когда предки уедут на свою дачу. Алкоголь и таблетки я уже нашел» и т.п.).

#### **Тезарус**

**Самоубийство (суицид)** – это осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение – понятие более широкое, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

**К покушениям** относят все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.д.).

*К суицидальным проявлениям* относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

По другой классификации выделяют самоубийства (истинные суициды), парасуициды (акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти), пресуициды (состояния личности, обуславливающие повышенную по отношению к норме вероятность совершения суицидального акта).

### **5.3. Модель суицидальной превенции «Уровни профилактики суицида в образовательной среде»**

#### *Первый уровень – общая профилактика*

**Цель** - повышение групповой сплоченности в школе.

#### **Мероприятия:**

- Создание общих программ психического здоровья, здоровой среды в образовательном учреждении, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь.
- Организация внеклассной воспитательной работы.
- Разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества.

Учащиеся, чувствующие, что педагоги к ним справедливы, что у них есть близкие люди в школе, ощущающие себя частью школы, гораздо реже думают или пытаются совершить самоубийство.

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.
- Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе так и в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся).
- Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка.
- Формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.
- Привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

## Второй уровень – первичная профилактика

**Цель** - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств.

### **Мероприятия:**

*1. Диагностика суицидального поведения.*

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите.
- Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.
- Оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

*2. Индивидуальные и групповые занятия по обучению проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.*

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Сопровождение детей и подростков группы риска по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийств: терапия кризисных состояний, формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя подростками и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования.
- Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.

*3. Классные часы, круглые столы, стендовая информация.*

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями.
- Повышение осведомленности персонала, родителей и учащихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации.

С педагогами проводится психопросвещение в вопросах дезадаптивного поведения детей и подростков, в том числе суицидального, дается информация о мерах профилактики суицида среди детей и подростков.

Родителей необходимо познакомить с информацией о причинах, факторах, динамике суицидального поведения, снабдить рекомендациями, как заметить

надвигающийся суицид, что делать, если у ребенка замечены признаки суицидального поведения.

С детьми о суициде вести беседы необходимо с позиции их помощи товарищу, который оказался в трудной жизненной ситуации. Известно, что подростки в трудной ситуации чаще всего обращаются за помощью и советом к своим друзьям, чем к взрослым. Именно поэтому подростки должны быть осведомлены о том, что суицид это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения... словом, от всего того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях. Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Дети должны получить достоверную информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи оказавшемуся в беде другу или знакомому.

*4. Разработка плана действий в случае самоубийства, в котором должны быть процедуры действия при выявлении учащегося группы риска, действия при угрозе самоубийства и после самоубийства.*

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Включение созданной системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе (составленной программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся) в общий план действий.
- Определение своей позиции и перечня конкретных действий при выявлении учащегося группы риска, при угрозе учащегося закончить жизнь самоубийством, и после самоубийства.

### **Третий уровень – вторичная профилактика**

**Цель** - предотвращение самоубийства.

#### **Мероприятия:**

##### *1. Оценка риска самоубийства.*

Оценка риска самоубийства происходит по схеме: крайняя (учащийся имеет средство совершения самоубийства, выработан четкий план), серьезная (есть план, но нет орудия осуществления) и умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудий).

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Педагог-психолог может взять на себя роль того, кто мог бы отговорить самоубийцу от последнего шага или выступить в роли консультанта того, кто

решился вступить в контакт с учащимся, который грозит покончить жизнь самоубийством, отговорить самоубийцу от последнего шага.

- Психолог входит в состав кризисного штаба по предотвращению самоубийства.

*2. Оповещение соответствующего учреждения психического здоровья (психиатрическая клиника?), запрос помощи. Оповещение родителей.*

**Задачи педагога-психолога на данном этапе** должны быть определены и требуют проработки.

*3. Разбор случая со школьным персоналом, который был включен в работу, так чтобы он мог выразить свои чувства, переживания, внести предложения относительно стратегий и плана работы.*

**Задачи педагога-психолога на данном этапе** должны быть определены и требуют проработки.

Если самоубийство официально признается причиной смерти учащегося, тогда в уведомлении о причине смерти в среде учащихся должно звучать слово «самоубийство», а не «несчастный случай» или «неизвестная причина смерти». Однако ни в коем случае не должно быть упоминания средств совершения самоубийства.

- Собрать близких друзей и дать возможность работы со специалистом в области психического здоровья.
- Другьям и учащимся должно быть разрешено посещение похорон. Но они не должны нести гроб.
- Будьте готовы сказать «нет» на все просьбы о проведении вечера памяти в честь погибшего учащегося. Это может увеличить возможность эпидемии самоубийств.

#### **Четвертый уровень – третичная профилактика**

**Цель** - снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

#### **Мероприятия:**

*1. Оповещение, возможность проконсультироваться с психологом, внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению.*

#### **Задачи педагога-психолога на данном этапе:**

- Оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы).

*2. Глубинная психотерапевтическая коррекция, обеспечивающая профилактику образования конфликтно-стрессовых переживаний в дальнейшем.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азаров, Ю. Как преодолеть суицид [Текст]: / Ю. Азаров // Родительское собрание. 2004. – №2. – С. 31-41.
2. Александрова, В. Петля на тонкой шее [Текст]: / В. Александрова // Российская газета. – 2001. – №11. – С. 41.
3. Бубкин, А. Смертный грех [Текст]: / А. Бубкин // Семья. – 2003. – №18. – С. 6-7.
4. Василец, О. Если ребенок не хочет жить [Текст]: / О. Василец, Я. Обухов // Народное образование. – 1998. – №9. – С. 15-19.
5. Гонохов, И.О. Смертный грех [Текст]: / И.О. Гонохов // Русский дом. – 2002. – №9. – С. 44-45.
6. Давыдова, Э. «Не хочу жить!» [Текст]: / Э. Давыдова // Сельская новь. – 2004. – №9. – С. 30-31.
7. Захарчук, В.А. Суицид [Текст]: / В.А. Захарчук // Классный руководитель. – 1999. – №5. – С. 59-65.
8. Исаев, Д.Н. Нужна ли подросткам помощь в восприятии смерти? [Текст]: / Д.Н. Исаев, Т.О. Новикова // Вопросы психологии. – 2002. – №3. – С. 110-117.
9. Каримова, Г. Я в этот мир пришел, чтоб видеть солнце [Текст]: / Г. Каримова // Родительское собрание. – 2001. – №10. – С. 4.
10. Киселев, А.Ф. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков [Текст]: / А.Ф. Киселев // ОБЖ. – 2004. – №7. – С. 58-63.
11. Кучкина, О. Портрет явления самоубийства [Текст]: / О. Кучкина // Комсомольская правда. – 2001. – №39. – С. 10-11.
12. Любинецкая, А. Семиклассница нарисовала свою смерть [Текст]: / А. Любинецкая // Комсомольская правда. – 2008. – №13. – С. 16.
13. Михайлина, М.Ю. Психологическая помощь подросткам в кризисных ситуациях: профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги [Текст]: / М.Ю. Михайлина, М.А. Павлова. – Волгоград: Учитель, 2009. – 207 с.
14. Мурзабаева, С. Профилактика суицида среди несовершеннолетних [Текст]: / С. Мурзабаева, Р. Р. Хидиятуллина // Учитель Башкортостана. – 2002. – №12. – С. 81-82.
15. Никифорова, Ю. Суицид за компанию [Текст]: / Ю. Никифорова // Аргументы и факты. – 2009. – №13. – С. 3.
16. Петрушин, В.И. Валеология [Текст]: / В.И. Петрушин, И.В. Петрушина. – М.: Гардарики, 2002. – 427 с.
17. Проблема суицида в подростковом возрасте [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – 11.09.2010.
18. Психология. Словарь [Текст]: / Под ред. А.В. Петровского. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
19. Самыгин, П.С. девиантное поведение молодежи [Текст]: / П.С. Самыгин. – Ростов-на-Дону: Феликс, 2006. – 440.
20. Синягин, Н.Ю. Библиотека школы психолога [Текст]: / Н.Ю. Синягин. – М.: Владос, 2005. – 93 с.

- 21.Скородумов, А. Наложить руки и кое-что еще [Текст]: / А. Скородумов // Спид-инфо. – 2005. – №16. – С. 8.
- 22.Трегубов, А. Эстетика самоубийства [Текст]: / А. Трегубов, Ю. Ванин. – Пермь: ШК, 2009. – 113 с.
- 23.Фисин, Ю. В чем причина [Текст]: / Ю. Фисин // Среднее профессиональное образование. Приложение. – 2005. – №4. – С. 44-48.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. — М.: "Ка-федра-М", 1998.
2. Аналитическая психопатология: С. Ю. Циркин — Москва, Бином, 2009 г.- 216 с.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. - М., 1994.
4. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
5. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение. — М.: Прогресс, 1988.
6. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. – Киев, 1979.
7. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология. - Ростов-на-Дону: ЛРНЦ "Феникс", 1998.
8. Деонтология и психосоматика. //Психогигиена и психопрофилактика. /Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1983.
9. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. – Л., 1988.
- 10.Зейгарник Б. В. Нарушения восприятия //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. - М.: Когито-Центр, 2000.
- 11.Зейгарник Б. В. Нарушения памяти //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. - М.: Когито-Центр, 2000.
- 12.Зейгарник Б. В. Нарушения мышления //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. - М.: Когито-Центр, 2000.
- 13.Зейгарник Б. В. Принципы построения патопсихологического эксперимента // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.
- 14.Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
- 15.Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1990.
- 16.Квасенко А.В., ЗубаревЮ.Г. Психология больного. —Л., 1980.
- 17.Козюля В.Г. Применение теста СМОЛ. - М., 1995
- 18.Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.
- 19.Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.
- 20.Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.—М., 1984.
- 21.Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. – Л., 1966.
- 22.Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1989.
- 23.Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. – Л., 1983.
- 24.Личко А.Е., Иванов Н.Я. Диагностика характера подростка. - М., 1995.

25. Б. Ф. Ломов, Н. В. Тарабрина. Медицина и психологическая наука // Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. — М.: Наука, 1987. С. 172-184.
26. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.
27. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
28. Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. 1991.
29. Мясищев В. Н. Психология отношений. – Воронеж, 1995.
30. Неврозы и пограничные состояния. /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко – Л., 1972.
31. Николаева В. В., Соколова Е. Т. Рекомендации к составлению психологических заключений // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.
32. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.—МГУ, 1987. Общая психология / Под ред. А.В. Петровского. — М., 1986.
33. Общая психопатология: А. С. Тиганов — Санкт-Петербург, Медицинское информационное агентство, 2008 г.- 128 с.
34. Общая психопатология: С. С. Корсаков — Москва, Бином. Лаборатория знаний, 2003 г.- 480 с.
35. Очерки по психологии сексуальности: Зигмунд Фрейд — Москва, Попурри, 2008 г.- 480 с.
36. Патохарактерологические исследования у подростков. /Под ред. А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. – Л., 1981.
37. Правовая психопатология: Б. Н. Алмазов — Санкт-Петербург, Дата Сквер, 2009 г.- 378 с.
38. Психиатрическая пропедевтика: В. Д. Менделевич — Москва, МЕДпресс-информ, 2008 г.- 528 с.
39. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.
40. Психические расстройства в соматической клинике. //Сб. научн. трудов под ред. Б. А. Лебедева. – СПб., 1991.
41. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях. / Сб. научн. ст. под ред. Л. И. Вассермана, В. П. Зайцева. – Л., 1990.
42. Психология и психопатология восприятия. Прологомены к теории "зонда": И. В. Журавлев — Москва, ЛКИ, 2008 г.- 128 с.
43. Психопатология детского возраста: Д. Н. Исаев — Москва, СпецЛит, 2007 г.- 464 с.
44. Психопатология личности и коморбидных расстройств: А. Б. Смулевич — Москва, МЕДпресс-информ, 2009 г.- 208 с.
45. Психопатология обыденной жизни: Зигмунд Фрейд — Москва, АСТ, АСТ Москва, 2009 г.- 256 с.

46. Психопатология развития детского и подросткового возраста: Чарльз Венар, Патрисия Кериг — Санкт-Петербург, Прайм-Еврознак, 2007 г.- 672 с.
47. Психосоматические и соматопсихические расстройства детей. – Л., 1990.
48. Психосоматическое развитие и норма реакции. /Под ред. Ушакова. – М., 1975.
49. Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. —СПб.: "Питер", 1998.
50. Рубинштейн С. Я. Экспериментальное исследование обманов слуха // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. - М.: Когито-Центр, 2000.
51. Свядощ А. М. Неврозы. – М., 1982.
52. Сироткина И. Е. Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79-92.
53. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики: В 3-х выпусках. – М., 1990.
54. Собчик Л. Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. – М., 1971.
55. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. – М., 1990.
56. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М., 1980.
57. Становление и развитие клинической психологии (Глава 10) // Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. С. 271-297.
58. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса.—Л., 1984.
59. Теории личности в западноевропейской и американской психологии: Хрестоматия по психологии личности / Под. ред. Д.Я. Райго-родского. — Изд. дом "БАХРАХ", 1996.
60. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986.
61. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные исследования по психологии установки.—Тбилиси, 1958.
62. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1987.
63. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1981.
64. Хьелл Л., ЗшлерД. Теории личности.—СПб., 1997.
65. Яковлева Е. Н., Зачеицкий Р. А. Роль неправильного воспитания в патогенезе неврозов. – Л., 1960.
66. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. В 2 т. — М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.