

***Основные концепции
личности и их применение
в психиатрии***

Личность — это совокупность выработанных привычек и предпочтений, психический настрой и тонус, социокультурный опыт и приобретённые знания, набор психофизических особенностей человека, определяющих повседневное поведение и связь с обществом и природой. Также **личность** наблюдается как проявления **«поведенческих масок»**, выработанных для разных ситуаций и социальных групп взаимодействия.

Устойчивые свойства личности :

- **Темперамент**
- **Характер**
- **Способности**
- **Мотивация**

Темпера́мент

Темпера́мент (лат. *temperamentum* - «устойчивая смесь компонентов») - устойчивая совокупность индивидуальных психофизиологических особенностей личности, связанных с динамическими, а не содержательными аспектами деятельности. Темперамент составляет основу формирования и развития характера.

С физиологической точки зрения он обусловлен типом высшей нервной деятельности человека и проявляется в характере поведения человека, в степени его жизненной активности.

Теория темперамента по Гиппократу и Галену

Слово **«темперамент»** в переводе с латинского обозначает «устойчивая смесь, соотношение частей», равное ему по значению греческое слово «красис» (др-греч. κράσις, «слияние, смешивание») ввели врачи античности **Гиппократ** и **Гален** предположили, что существуют устойчивые индивидуальные различия в соотношениях между химическими системами, регулирующими поведение человека. Несмотря на то, что **Гиппократ** среди первых указал на роль мозга в общей регуляции поведения, наиболее устойчивые индивидуальные различия он приписывал различиям в смесях нейрогуморальных жидкостей тела. **Гиппократ** предположил, а **Гален** объяснил темперамент более детально как особенности поведения, преобладание в организме одного из «жизненных соков» (четырёх элементов).

Темперамент по Галену

(преобладание в организме одного из «жизненных соков», четырёх элементов)

- Преобладание лимфы (др.-греч. φλέγμα, флегма, «мокрота») делает человека спокойным и медлительным - **флегматиком**.
- Преобладание жёлтой желчи (др.-греч χολή, холе, «жёлчь, яд») делает человека истеричным и хамовитым, «горячим» - **холериком**
- Преобладание крови (лат. *sanguis* , сангвис, сангуа, «кровь») делает человека подвижным и весёлым - **сангвиником**
- Преобладание чёрной жёлчи (др.-греч. μέλαινα χολή, мелэна холе, «чёрная жёлчь») делает человека грустным и боязливым - **меланхоликом**

Одна из наиболее распространенных в отечественной литературе классификаций типов темперамента:

1. ***Холерик*** — быстрый, порывистый, однако совершенно неуравновешенный, с резко меняющимся настроением с эмоциональными вспышками, быстро истощаемый. У него нет равновесия нервных процессов, это его резко отличает от сангвника. ***Холерик*** обладает огромной работоспособностью, однако, увлекаясь, безалаберно растрчивает свои силы и быстро истощается.
2. ***Флегматик*** — неспешен, невозмутим, имеет устойчивые стремления и настроение, внешне скуп на проявление эмоций и чувств. Он проявляет упорство и настойчивость в работе, оставаясь спокойным и уравновешенным. В работе он производителен, компенсируя свою неспешность прилежанием.
3. ***Сангвиник*** — живой, горячий, подвижный человек, с частой сменой впечатлений, с быстрой реакцией на все события, происходящие вокруг него, довольно легко примиряющийся со своими неудачами и неприятностями. Обычно сангвиник обладает выразительной мимикой. Он очень продуктивен в работе, когда ему интересно. Если работа неинтересна, он относится к ней безразлично, ему становится скучно.
4. ***Меланхолик*** — склонный к постоянному переживанию различных событий, он остро реагирует на внешние факторы. Свои астенические переживания он зачастую не может сдерживать усилием воли, он повышенно впечатлителен, эмоционально раним.

Типы темперамента и рубрики ICD-10

Типы по Гиппократу-Галену	Черты темперамента	ICD-10 диагнозы	ICD-10 коды
Холерик	Импульсивность, агрессия	Импульсивное расстройство личности	F60.30
Флегматик	Социально отстраненный, погруженный в себя	Шизоидное расстройство личности	F60.1
Меланхолик	Грустный, боязливый, подавленный, слабый	Тревожное расстройство личности	F60.6
Сангвиник	Подвижный, социальный, уверенный в себе	Гипомания	F30.0

Теории темперамента XX века за рубежом

С точки зрения психологии четыре темперамента — лишь одна из возможных систем для оценки психологических особенностей (существуют и другие, например **типы Юнга**, «интроверсия-экстраверсия» Ганса Айзенка). Описания темпераментов довольно сильно различаются у различных психологов и, по-видимому, включают в себя достаточно большое количество факторов. Предпринимались попытки подвести научно-экспериментальную базу под теорию темпераментов (И.Павлов, Г.Ю. Айзенк, Б.М.Теплов и другие), однако результаты, полученные данными исследователями, лишь частично совместимы друг с другом. Блюминой (1996) и Трофимовой предприняты попытки сопоставить теорию темпераментов со всеми известными на тот момент (более 100) психологическими типологиями, в том числе с точки зрения методов определения данных типов. Современная наука видит в учении о темпераментах отголосок ещё античной классификации четырёх типов психического реагирования в сочетании с интуитивно подмеченными типами физиологических и биохимических реакций индивида.

Многие психологи, так же как было предложено Кантом в конце 18 века, Хеймансом в начале 20го века и Г. Ю. Айзенком в 1960-х] делят компоненты темперамента на **2 группы: «Активность»** поведения и **«Эмоциональность»**. Активность поведения характеризуется степенью энергичности, стремительности, быстроты, или наоборот, медлительности и инертности. В свою очередь, эмоциональность характеризует протекание эмоциональных процессов, определяя знак (положительный или отрицательный) и модальность (радость, горе, страх, гнев и др.).

Грей, проанализировавший работы российских психологов в области темперамента, предложил **2-мерную модель**, в которой **4 Гиппократовских типа** размещались на **шкалах Системы Активации Поведения и Системы Торможения Поведения**. Соотношение «высокого» и «низкого» уровней, для каждого из этих двух независимых параметров, даёт некую индивидуальную характеристику человека, и, как результат — формальное определение каждого из четырёх темпераментов..

За рубежом основные исследования в области темперамента проводились в областях детской психологии (Buss & Plomin, 1984; Chess & Thomas, 1996; Kagan & Snidman, 2009; Rothbart et al, 2000; Windle & Lerner, 1986), клинической психологии и психиатрии (Akiskal, 1998; Cloninger, 1986, 1994; Mehrabian, 1996; Panksepp et al, 1987; Zuckerman, 1994). В отношении темперамента взрослых, это понятие за рубежом **сливается с понятием личности**, и анализировалось как **«биологически-основанные черты личности»** (Cattell, 1965; Digman & Takemoto-Chock, 1981; Goldberg 1993; Guilford & Zimmerman, 1956; McCrae & Costa 1997; Norman, 1963). Такое слияние не рекомендуется, так как **понятие личности относится к социо-культурным процессам**, ценностям, установкам, личному опыту, самооценке и спектру отношений человека с другими людьми, в то время как **темперамент, согласно начальному определению, относится к нейро-химическому балансу организма**.

Российские исследования темперамента

Российская традиция исследования темперамента началась в 1906 году, с исследований типов и свойств нервной системы в школе **Ивана Петровича Павлова** и продолжилась в исследованиях Лаборатории дифференциальной психофизиологии при Институте Психологии, Российской Академии Наук, в исследованиях **Б.М.Теплова (1963)**, **В.Д. Небылицина (1972)**, и затем **В. М. Русалова(1979)**.

Важным пунктом в истории естественнонаучного изучения темпераментов явилось учение И.П. Павлова о типах нервной системы (типах высшей нервной деятельности), общих для человека и высших млекопитающих. Он доказал, что физиологической основой темперамента является тип высшей нервной деятельности, определяемый соотношением **основных свойств нервной системы: силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения**, протекающих в нервной системе. Павлов И.П. выделил **4 чётко очерченных типа высшей нервной деятельности**, то есть определённых комплексов основных свойств нервных процессов, которые он сопоставил с **типами темперамента по Гиппократу**:

Слабый тип характеризуется слабостью как возбудительного, так и тормозного процессов — соответствует гиппократовскому **меланхолику**.

Сильный неуравновешенный тип характеризуется сильным раздражительным процессом и относительно слабым процессом торможения — соответствует **холерику**, «безудержному» типу.

Сильный уравновешенный подвижный тип — соответствует **сангвинику**, «живому» типу.

Сильный уравновешенный, но с инертными нервными процессами — соответствует **флегматику**, «спокойному» типу.

Б.М.Теплов даёт другое определение темперамента: «**Темпераментом называется характерная для данного человека совокупность психических особенностей, связанных с эмоциональной возбудимостью, то есть с быстротой возникновения чувств, с одной стороны и силой — с другой**».

Российские исследования темперамента

Небылицин и Русалов рассматривали темперамент так же как Павлов, как формально-динамические свойства поведения — энергетические (такие, как выносливость), динамические (скорость интеграции акта — мобильность, темп), а также эмоциональность. В их лаборатории при Институте Психологии Академии Наук СССР использовались измерения ЭЭГ, вызванные потенциалы, кофеиновые пробы, исследования абсолютных порогов восприятия в визуальной, слуховой и тактильной модальностях, силу возбуждения и мобильность в слуховой и визуальных модальностях, эффективность решения проблем в определенных (детерминистских) и неопределенных (вероятностных) условиях, и скорость выполнения различных тестов. Русалов показал, что черты темперамента регулирующие разные типы активности имеют разные психофизиологические корреляты, то есть специфику в зависимости от типа активности. На основе этих исследований был предложен **Активно-специфический подход** к структуре темперамента. Этот подход предлагает разделять черты, относящиеся к трем специфическим аспектам деятельности — физическому, социально-вербальному и умственному. Эта идея была озвучена сначала В.Д. Небылициним. В полном масштабе этот подход был затем развит в дифференциальной психологии и психофизиологических экспериментах 1970—1990-е Русаловым, приемником лаборатории Небылицина.

После того, как Русалов предложил активно-специфическую структуру темперамента, Трофимова, которая защищала диссертацию в его лаборатории, развила этот подход и предложила свою версию, основанную на Русаловской модели, в виде **Компактной версии Опросника Структуры темперамента (STQ-77)**.¹

Поскольку этот подход был разработан в исследованиях темперамента взрослых, он не был распространен в детской психологии на Западе (где теория темперамента в основном ассоциируется с индивидуальными различиями детей). В противоположность к этому подходу, все другие модели темперамента также включают «энергетические» черты (например, Активность или Экстраверсию), но не различают типы энергетически черт относящиеся к регуляции трех указанных специфических аспектов поведения.

Идея структура темперамента, которая различает черты регулирующие разные типы активности была взята за основу **нейроимической модели** «Функциональный Ансамбль Темперамента» которая описывает роль моноаминов, нейромедиаторов, нейропептидов и гормонов в регуляции 12 черт темперамента..

Свойства и влияние темперамента в поведении

От **темперамента** человека зависят **формально-динамические аспекты поведения**, не связанные с содержанием деятельности.

Группа Эмоциональности :

- **Нейротицизм** (избегание новых или неопределенных ситуаций, высокая потребность в социальной поддержке)
- **Импульсивность** (инициация действий, ведомая эмоциями, не подкрепленная предыдущими планами или рациональным решением)
- **Самоуверенность** (оптимизм в неопределенных условиях, уверенность в своих силах)

Группа Активности:

- **Выносливость, энергичность, способность выдерживать долгую и/или интенсивную деятельность.** В моделях активно-специфического подхода три типа выносливости — моторно-физическая, вербально-социальная и умственная (длительность сосредоточения внимания) — рассматриваются как отдельные свойства (шкалы);
- **Скорость интеграции поведенческого акта**, такие как пластичность (легкость переключения с одной деятельности на другую и адаптивность к изменениям в инструкциях или ситуациях), моторно-физический или вербально-социальный темп.
- **Поведенческая ориентация на определенный тип регуляторов поведения.** К этой подгруппе относятся ориентация на впечатления, рискованные ситуации (черта Поиск Впечатлений), ориентация на других людей (черта Эмпатия, как чувствительность к чувствам и мотивации других людей) и чувствительность к причинно-следственным связям, вероятностным аспектам событий.

Типология Юнга — система типологии личности, основанная на понятии *психологической установки*, которая может быть **экстравертной** либо **интравертной** и на преобладании одной из основных *психических функций* — **мышления, чувства, ощущения** или **интуиция**

Эта типология была разработана швейцарским психиатром **К.Г. Юнгом** в его работе «**Психологические типы**», опубликованной в **1921 году**.

Целью психологической типологии, по Юнгу, не является простая классификация людей на категории. Типология, по его мнению, представляет собой во-первых, инструмент исследователя для упорядочивания бесконечно разнообразного психологического опыта в некоем подобии координатного пространства («тригонометрической сетки» — пишет Юнг). Во-вторых, типология — инструмент практического психолога, позволяющий на основе классификации пациента и самого психолога выбирать наиболее действенные методы и избегать ошибок. Для определения типа по Юнгу применяют типологическое обследование (тесты Грея — Уилрайта) и опросник «Индекс юнговских типов» (англ. *Jungian Type Index, JTI*).

Классификация по «психологической установке»

К.Г.Юнг считал, что всякий человек стремится либо к восприятию объектов внешнего мира, либо стремится от них абстрагироваться. Это различие он назвал *общим типом установки* и поделил на **экстравертную (направленную на восприятие внешнего мира)** и **интровертную (направленную преимущественно «внутрь себя»)**. Полагая, что не существует ни чистых экстравертов, ни чистых интровертов, он считал, что каждый индивидуум более склонен к одной из этих установок и действует преимущественно в её рамках. **«Каждому человеку присущи оба механизма, экстраверсии и интроверсии, и лишь относительный перевес того или другого определяет тип», — пишет Юнг.** Тем не менее, это различие в установках, по Юнгу, «бросается в глаза» и «очевидно даже для профана в психологических вопросах».

Понятие экстраверсии-интроверсии, введённое Юнгом, получило дальнейшее развитие в работах британского психолога Ганса Айзенка и широко используется в современной психологии.

Понятие «психическая функция», введённое Юнгом, он подробно объяснил на одной из своих лекций в 1923 году]:

Сознательное психическое есть средство для адаптации и ориентации и состоит из ряда различных психических функций. Среди них можно выделить четыре основных: **ощущение, мышление, чувство, интуиция.**

В ощущение я включаю **всё восприятие с помощью чувственных органов;**
под **мышлением** я имею в виду **функцию интеллектуального познания и формирования логических заключений;**

чувство — функция субъективной оценки;

интуицию я понимаю как восприятие с помощью бессознательного или восприятие бессознательных содержаний. Настолько, насколько позволяет мой опыт, эти четыре базовые функции кажутся мне достаточными, чтобы выразить и представить все многочисленные виды сознательной ориентации — **«Психологические типы».**

Психические функции, по Юнгу, «не сводимы друг к другу»: работа всех четырёх функций необходима для целостного функционирования индивида. Однако он утверждает, что доминирование той или иной функции является нормальным явлением и даже необходимо для достижения социального успеха.

Мышление должно тщательно исключать чувство, если только оно желает быть настоящим, верным своему принципу мышлением. Это, конечно, не исключает существование индивидов, у которых мышление и чувство стоят на одинаковой высоте, причем и то и другое имеет одинаковую сознательную силу мотивации. Но в таком случае речь идёт не о дифференцированном типе, а о сравнительно неразвитом мышлении и чувстве. Равномерная сознательность и бессознательность функций есть, следовательно, признак примитивного состояния духа — «Психологические типы».

К.Г.Юнг следующим образом определял **психические функции**:

Мышление — та функция, которая, следуя своим собственным законам, приводит данные содержания представлений в понятийную связь.

Чувство — функция, придающая содержанию известную ценность в смысле принятия или отвержения его. Чувство основано на оценочных суждениях: хорошо — плохо, красиво — некрасиво.

Ощущение — это восприятие, совершающееся посредством органов чувств.

Интуиция — функция, которая передаёт субъекту восприятие бессознательным путём. Предметом такого восприятия может быть всё — и внешние, и внутренние объекты или их сочетания.

Особенность интуиции состоит в том, что она не есть ни чувственное ощущение, ни чувство, ни интеллектуальный вывод, хотя она может проявляться и в этих формах. При интуиции какое-нибудь содержание представляется нам как готовое целое, без того, чтобы мы сначала были в состоянии указать или вскрыть, каким образом это содержание создано.

В соответствии с преобладающей функцией Юнг выделяет **мыслительный, чувственный, ощущающий и интуитивный** типы личности. С учётом «типа установки» каждый из них может быть как экстравертным, так и интровертным, что в сумме даёт «восемь наглядных психологических типов»

Основные и дополнительные функции

Для более точного описания человеческой психики Юнг ввёл понятие «вспомогательной» или «дополнительной» функции. Все функции он разделил на два класса: «рациональные», то есть лежащие в сфере разума — мышление и чувство, — и «иррациональные», то есть лежащие «за пределами разума» — ощущение и интуиция. Доминирование какой-либо функции требует подавления противоположной функции (мышление исключает чувство, ощущение — интуицию и наоборот). В дополнение к доминирующей функции может быть развита вспомогательная функция другого класса. Так, например, при доминировании рациональной *чувственной* функции дополнительно к ней может быть развита иррациональная функция *ощущения* либо *интуиции*, а при доминировании иррациональной *интуиции* может быть развита рациональная функция *мышления* либо *чувства*.

Основная функция	С учётом дополнительной функции
Мышление	Мышление + ощущение Мышление + интуиция
Чувство	Чувство + ощущение Чувство + интуиция
Ощущение	Ощущение + мышление Ощущение + чувство
Интуиция	Интуиция + мышление Интуиция + чувство

Влияние бессознательного

Существенную трудность в определении типа создаёт то, что доминирующая установка оказывается скомпенсированной влиянием бессознательного. То же относится и к преобладающей функции, подавляемая противоположность которой вытесняется в область бессознательного.

Харáктер

Харáктер (греч. χαρακτήρ - примета, отличительная черта, знак) — структура стойких, сравнительно постоянных психических свойств, определяющих особенности отношений и поведения личности. Когда говорят о характере, то обычно подразумевают под этим именно такую совокупность свойств и качеств личности, которые накладывают определённую печать на все её проявления и деяния.

Черты характера составляют те существенные свойства человека, которые определяют тот или иной образ поведения, образ жизни.

Акцентуация, акцентуация характера, акцентуация личности, акцентуированная личностная черта (от лат. *accentus* — ударение) - находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера (в других источниках - личности), при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим.

Акцентуации не являются психическими расстройствами, но по ряду своих свойств схожи с расстройствами личности, что позволяет делать предположения о наличии между ними связи.

Личко А.Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова — Санкт-Петербург: Речь, 2009. — 256 с.

История понятия

Термин «акцентуация» в **1968** году ввёл немецкий психиатр Карл Леонгард*, который употреблял его в словосочетаниях **«акцентуированная личность»** и **«акцентуированная черта личности»**. Он описывает акцентуации как чрезмерно усиленные индивидуальные черты личности, обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние в неблагоприятных условиях. К. Леонгард характеризует акцентуации как *«отклонение от нормы»*, но замечает, что, по его мнению, *«население Берлина — это на 50 % акцентуированные личности и на 50 % — стандартный тип людей»*. Он разработал также свою классификацию акцентуаций, в которой можно видеть значительное влияние психоаналитических представлений о типологии психических расстройств.

В **1977** году **Андрей Евгеньевич Личко** на основе работ Леонгарда и **классификации психопатий Петра Борисовича Ганнушкина** развил концепцию и начал использовать словосочетание **«акцентуация характера»**, считая личность слишком комплексным понятием для акцентуаций. Разработанная им типология имеет явную привязку к классификации психопатий Ганнушкина и, кроме того, предназначена только для подросткового возраста.

На данный момент, с переходом российской психиатрии на МКБ-10, классификация психопатий Ганнушкина морально устарела, и акцентуации, для удобства работы, часто классифицируются исходя из международной типологии расстройств личности либо из психоаналитических типологий личностных расстройств, хотя и такой подход не является строгим или признанным научным сообществом.

*.Карл Леонгард *«Акцентуированные личности»* = Akzentuierte Persönlichkeiten. — Берлин, 1976 — 328 с.

Сущность и границы понятия

Нормальное состояние психики может плавно перетекать в акцентуацию, которая, в свою очередь, постепенно переходит в психопатию или расстройство личности. Это звенья одной цепи, объединённые общими процессами с разной степенью выраженности. На данный момент классификация акцентуации и психопатии имеет чисто описательный (феноменологический) характер и не отражает сути формирующего их психического процесса. Поэтому за основу классификации нужно брать не внешние поведенческие проявления акцентуаций и психопатий, а основные элементы психики и модели мира (как части психики), которые напрямую участвуют в образовании всех акцентуаций и психопатий.

Понятие **«акцентуация»** близко к понятию **«расстройство личности»**. Основным отличием является то, что три основные характеристики расстройства личности (влияние на все сферы жизни человека, стабильность во времени, социальная дезадаптация) никогда не присутствуют в акцентуации одновременно:

Акцентуированный человек может специфически реагировать на специфические психогенные воздействия, но только на них, в то время как человек с расстройствами личности на любые психогенные воздействия реагирует в соответствии с особенностями своего расстройства (влияние на все сферы жизни).

Акцентуации могут наиболее ярко проявляться **только в течение определённого периода жизни человека** (например, подросткового периода) и обычно сглаживаются со временем, в то время как для **расстройств личности** характерно **появление на ранних периодах жизни и стабильность или усиление проявлений в течение жизни** (стабильность во времени).

Акцентуации могут **не приводить к социальной дезадаптации** вообще или приводить к ней лишь на непродолжительное время, в то же время как **расстройства личности мешают такой адаптации постоянно**. Хотя специально это обычно не подчёркивается, можно видеть, что понятие **«акцентуация»** определяется через понятие **«расстройство личности» («психопатия»)** и вторично по отношению к нему. Из утверждений А. Е. Личко об отличиях **акцентуаций** от **расстройств личности** можно сделать вывод, что во всём остальном они схожи

А. Е. Личко разрабатывал свою концепцию и диагностические методы исключительно для работы с подростками, из-за чего иногда можно встретить утверждения других авторов, что понятие акцентуации применимо только к подростковому возрасту. Однако сам он нигде не ограничивает область применения этого понятия и говорит только об области применения своих теоретических и практических разработок. В дальнейшем он применил свои **разработки и развил концепцию в отношении взрослых**.

Степени выраженности:

А.Е. Личко выделяет две степени выраженности акцентуаций:

Явная акцентуация — крайний вариант нормы. Акцентуированные черты характера достаточно выражены в течение всей жизни. Компенсации не происходит даже при отсутствии психических травм.

Скрытая акцентуация — обычный вариант нормы.

Акцентуированные черты характера проявляются в основном при психических травмах, но не приводят к хронической дезадаптации.

Классификация акцентуаций

За время существования понятия «акцентуация» было разработано несколько типологий акцентуированных личностей.

Первая из них (1968 г.) принадлежит автору концепции, **Карлу Леонгарду**.

Следующая, получившая более широкую известность классификация от 1977 г., была разработана **Андреем Евгеньевичем Личко**.

Классификация Леонгарда

Карл Леонгард выделил двенадцать типов акцентуации. По своему происхождению они имеют разную локализацию.

К темпераменту, как природному образованию, Леонгардом были отнесены типы:

Гипертимный — желание деятельности, погоня за переживаниями, оптимизм, ориентированность на удачу;

Дистимический — заторможенность, подчёркивание этических сторон, переживания и опасения, ориентированность на неудачу;

Аффективно-лабильный — взаимная компенсация черт, ориентированность на различные эталоны;

Аффективно-экзальтированный — воодушевление, возвышенные чувства, возведение эмоций в культ;

Тревожный — боязливость, робость, покорность;

Эмотивный — мягкосердечие, боязливость, сострадание

К характеру, как социально обусловленному образованию, он отнёс типы:

Демонстративный — самоуверенность, тщеславие, хвастовство, ложь, лесть, ориентированность на собственное Я как на эталон;

Педантичный — нерешительность, совестливость, ипохондрия, боязнь несоответствия собственного Я идеалам;

Застревающий — подозрительность, обидчивость, тщеславие, переход от подъёма к отчаянию;

Возбудимый — вспыльчивость, тяжеловесность, педантизм, ориентированность на инстинкты.

К личностному уровню были отнесены типы:

Экстравертированный;

Интровертированный.

Стоит обратить внимание на то, что понятия **экстраверсии** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и **интроверсии** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные **Леонгардом** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные Леонгардом, ближе всего к представлениям **Юнга** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные Леонгардом, ближе всего к представлениям Юнга: **экстраверт** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные Леонгардом, ближе всего к представлениям Юнга: экстраверт по **Леонгарду** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные Леонгардом, ближе всего к представлениям Юнга: экстраверт по Леонгарду — это человек, ориентирующийся на внешние, «объективные» стимулы, восприимчивый к влиянию среды и заинтересованный в нём, в то время как **интроверт** Стоит обратить внимание на то, что понятия экстраверсии и интроверсии, использованные Леонгардом,

Гипертимный

Классификация Личко А.Е.
Гипертимный (сверхактивный) тип акцентуации выражается в постоянном повышенном настроении (по типу **гипертимии**) и тонусе, неудержимой активности и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца. Люди с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья. Тем не менее, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, **коммуникабельность**. Гипертимный (сверхактивный) тип акцентуации выражается в постоянном повышенном настроении (по типу гипертимии) и тонусе, неудержимой активности и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца. Люди с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья. Тем не менее, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность, а хорошее настроение мало зависит от обстановки. Люди с гипертимной акцентуацией легко меняют свои увлечения, любят риск [1].

Циклоидный

При циклоидном типе акцентуации характера наблюдается наличие двух фаз — гипертимности и субдепрессии. Они не выражаются резко, обычно кратковременны (1—2 недели) и могут перемежаться длительными перерывами. Человек с циклоидной акцентуацией переживает циклические изменения настроения, когда подавленность сменяется повышенным настроением. При спаде настроения такие люди проявляют повышенную чувствительность к укорам, плохо переносят публичные унижения. Однако они инициативны, жизнерадостны и общительны. Их увлечения носят неустойчивый характер, в период спада проявляется склонность забрасывать дела. Сексуальная жизнь сильно зависит от подъёма и спада их общего состояния. В повышенной, гипертимной фазе такие люди крайне похожи на гипертимов [1].

Лабильный

Лабильный тип акцентуации подразумевает крайне выраженную переменчивость настроения. Люди с лабильной акцентуацией имеют богатую чувственную сферу, они весьма чувствительны к знакам внимания. Слабая сторона их проявляется при эмоциональном отвержении со стороны близких людей,

Классификация Личко А.Е

деятельности. У них могут наблюдаться внезапные аффективные вспышки по ничтожному поводу, эмоциональный срыв в случае осознания невыполности намеченных планов. Они аккуратны и дисциплинированы [1].

Сензитивный

Люди с сензитивным Люди с сензитивным типом акцентуации весьма впечатлительны, характеризуются чувством собственной неполноценности, робостью, застенчивостью. Зачастую в подростковом возрасте становятся объектами насмешек. Они легко способны проявлять доброту, спокойствие и взаимопомощь. Их интересы лежат в интеллектуально-эстетической сфере, им важно социальное признание [1].

Психастенический

Психастенический тип определяет склонность к самоанализу Психастенический тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии Психастенический тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии. Психастеники часто колеблются при принятии решений и не переносят высоких требований и груза ответственности за себя и других. Такие субъекты демонстрируют аккуратность и рассудительность, характерной чертой для них является самокритичность и надёжность. У них обычно ровное настроение без резких перемен. В сексе они зачастую опасаются совершить ошибку, но в целом их половая жизнь проходит без особенностей [1].

Шизоидный

Шизоидная акцентуация характеризуется замкнутостью индивида, его отгороженностью от других людей. Шизоидным людям недостаёт интуиции Шизоидная акцентуация характеризуется замкнутостью индивида, его отгороженностью от других людей. Шизоидным людям недостаёт интуиции и умения сопереживать. Они тяжело устанавливают эмоциональные контакты. Имеют стабильные и постоянные интересы. Весьма немногословны. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями Шизоидная акцентуация характеризуется замкнутостью индивида, его отгороженностью от других людей. Шизоидным людям недостаёт интуиции и умения сопереживать. Они тяжело устанавливают эмоциональные контакты. Имеют стабильные и постоянные интересы. Весьма немногословны. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, которые предназначены только для услаждения самого себя. Могут проявлять склонность к употреблению алкоголя, что никогда не сопровождается ощущением эйфории Шизоидная акцентуация характеризуется замкнутостью индивида, его отгороженностью от других людей. Шизоидным людям недостаёт интуиции и умения сопереживать.

Классификация Личко А.Е

Эпилептоидный

Эпилептоидный тип акцентуации характеризуется возбудимостью, напряжённостью и авторитарностью индивида. Человек с данным видом акцентуации склонен к периодам злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, поиску объектов для снятия злости. Мелочная аккуратность, скрупулёзность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм обычно рассматриваются как компенсация собственной инертности. Они не переносят неподчинения себе и материальные потери. Впрочем, они тщательны, внимательны к своему здоровью и пунктуальны. Стремятся к доминированию над сверстниками. В интимно-личностной сфере у них ярко выражается ревность. Часты случаи алкогольного опьянения с выплёскиванием гнева и агрессии].

Истероидный

У людей с истероидным типом ярко выражен эгоцентризм и жажда быть в центре внимания. Они слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративному суициду (парасуициду). Для них характерны упорство, инициативность, коммуникативность и активная позиция. Они выбирают наиболее популярные увлечения, которые легко меняют на ходу[1].

Неустойчивый

Неустойчивый тип акцентуации характера определяет лень, нежелание вести трудовую или учебную деятельность. Данные люди имеют ярко выраженную тягу к развлечениям, праздному времяпрепровождению, безделью. Их идеал — остаться без контроля со стороны и быть предоставленными самим себе. Они общительны, открыты, услужливы. Очень много говорят. Секс для них выступает источником развлечения, сексуальная жизнь начинается рано, чувство любви им зачастую незнакомо. Склонны к потреблению алкоголя и наркотиков[1].

Конформный

Конформный тип характеризуется конформностью окружению, такие люди стремятся «думать, как все». Они не переносят крутых перемен, ломки жизненного стереотипа, лишения привычного окружения. Их восприятие крайне ригидно и сильно ограничено их ожиданиями. Люди с данным типом акцентуации дружелюбны, дисциплинированы и неконфликтны. Их увлечения и сексуальная жизнь определяются социальным окружением. Вредные привычки зависят от отношения к ним в ближайшем социальном круге, на который они ориентируются при формировании своих ценностей[1].

Защитные механизмы личности

- **вытеснение**
- **проекция,**
- **идентификация,**
- **отрицание,**
- **рационализация,**
- **реактивное образование,**
- **регрессия,**
- **замещение,**
- **изоляция,**
- **сублимация.**

Человек преимущественно применяет не один, а различные защитные механизмы.

Вытеснение .

Одним из главных и первичных механизмов является вытеснение, которое заключается в отбрасывании неприятных для нас событий, мыслей, переживаний. В результате человек перестает осознавать внутренние конфликты, а также не помнит травматических событий прошлого. Чаще вытесняется то, что он причинил другим или себе, то, что сделали другие, он может помнить хорошо. Вытесненные импульсы, однако, не теряют своей активности в бессознательной сфере и предстают в виде сновидений, шуток, оговорок и т.п.

Проекция.

По своей значимости следующим механизмом является проекция – приписывание собственных социально нежелательных чувств, желаний, стремлений другим. Вина за свои недостатки или неудачи возлагается на кого-то или на что-то. Проекция объясняет возникновение различных социальных стереотипов и установок.

Идентификация.

Это приписывание себе черт других людей. В этом случае понятно, что приписываются только положительные качества. В случае возражения человек отказывается признавать, что произошла неприятная или конфликтная ситуация. Часто возражение связано с «бегством» в фантазии. Например, студент, услышав, что он не сдал зачета, считает, что профессор ошибся и спутал его с кем-то другим. Этот механизм характерен для маленьких детей и людей старшего возраста со сниженным интеллектом.

Рационализация.

Это логическое объяснение человеком таких поступков и желаний, которые осуждает общество. Этот механизм построен или на ошибочной аргументации, или на попытке обесценивания недоступного объекта. Например, если девушка не отвечает парню взаимностью, он начинает себя убеждать, что она совсем несимпатичная, к тому же не интересна в общении.

Реактивное образование.

Реактивное образование становится механизмом психической защиты, когда человек демонстрирует действия, противоположные его подлинным переживаниям. Сначала неприемлемый импульс подавляется, а дальше проявляется совершенно противоположный. Например, человек, который распространяет слухи, может всем говорить, как он не любит, когда кто-то их распространяет.

Защитные механизмы личности

Регрессия.

При регрессии человек возвращается к более ранним формам поведения. Взрослый начинает себя вести как молодой человек, молодой человек — как ребенок. Преимущественно человек возвращается к тому возрасту, когда она чувствовала себя безопаснее. Например, взрослый человек может нахмуриться и не разговаривать или отказаться есть.

Замещение.

Замещение является переносом действий с недоступного объекта на доступный. Например, студент, который поконфликтовал с преподавателем, переносит свое раздражение на однокурсников или родителей. Замещение часто выражается в повышенной раздражительности человека: незначительные провокации со стороны родителей вызывают вспышки гнева «потерпевшего». Иногда замещение направлено против самого себя, и человек чувствует себя подавленным, осуждает каждый свой поступок.

Изоляция.

Изоляция — это блокирование неприятных воспоминаний, переживаний, их недопущение к полному осознанию. Например, студент запрещает сам себе думать о том, как на прошлой сессии «завалил» экзамен. Этот механизм может со временем вызвать раздвоение личности, наличие у человека двух «Я».

Сублимация.

При сублимации психотравмирующая ситуация меняется настолько, что ее можно выразить через социально принятые мысли и действия. Психическая энергия направляется в другое русло: искусство, науку, общественную деятельность и т. п. По мнению З. Фрейда, сублимация является основным толчком для больших достижений в науке, технике, культуре. Например, человек, который переживает большое личное горе, начинает писать стихи или конструирует новый прибор. Этот механизм рассматривают как единую конструктивную стратегию поведения в ситуации психологического дискомфорта.

Каждый раз, когда начинают действовать защитные механизмы, индивидуум использует психическую энергию, в результате чего ограничивается гибкость и сила «Я» человека. Действие защитных механизмов является доказательством слабости личности, того, что он с чем-то не справился. Чрезмерное их использование нежелательно для человека.

Психология личности — это раздел науки, позволяющий понять суть человеческой природы и индивидуальности. Современная психология не может сегодня предложить единого, общепринятого определения личности. Причина этого кроется в сложности и разнообразии того явления, которое понятием личности. Большое число различных концепций и гипотез о природе и механизмах развития личности объединены в основные теории личности. В зарубежной психологии активно развиваются несколько теорий личности, наиболее значимыми из которых называют следующие пять:

- *психодинамическая*
- *феноменологическая*
- *диспозициональная*
- *поведенческая*
- *когнитивная.*

Психодинамические теории личности

Основные принципы ***психодинамической теории личности*** были сформулированы **З.Фрейдом** в рамках созданной им теории, которую называют «**классический психоанализ**».

По мнению Фрейда, главным движущим фактором развития личности являются врожденные инстинкты, все многообразие которых объединено в две основные группы **инстинкты жизни (Эрос)** и **инстинкты смерти (Танатос)**. Наиболее значимыми для развития личности Фрейд считал сексуальные инстинкты. энергию сексуальных инстинктов он назвал либидо. Впоследствии Фрейд стал употреблять термин «либидо» для обозначения энергии жизненных инстинктов в целом.

Фрейд выделил три основные структуры личности: Оно (Id), Я (Ego) и Сверх-Я (Superego). Оно представляет собой источник всей побудительной энергии, которая необходима для жизненной активности человека. Эта энергия изначально присуща сексуальным и агрессивным влечениям, которые составляют существенную часть Оно. Основным принципом функционирования Оно — принцип удовольствия. Оно ищет наслаждения и избегает боли, стремится к немедленной и тотальной разрядке. Полная противоположность Оно — Сверх-Я, которое представляет систему ценностей, норм и правил поведения, принятых в обществе, а также идеалы и наказания, которых человек ожидает, если правила будут нарушены. Эго — это подструктура личности, ответственная за принятие решений. Эго, функционируя в соответствии с принципом реальности, стремится удовлетворить желания Оно, согласовав их с требованиями Сверх-Я. Оно, Я и Сверх-Я находятся в постоянной борьбе, сильные конфликты между этими структурами могут приводить к психическим и соматическим заболеваниям.

Важным этапом в истории психодинамического направления стало появления нескольких новых теорий, авторы которых, каждый по-своему, пытались пересмотреть классическую теорию Фрейда. Наиболее яркими представителями психоаналитического движения, которые критиковали Фрейда и создали свои собственные теории личности, были А.Адлер и К.Г.Юнг. А.Адлер подчеркивал целостность, креативность и самоопределяющуюся сущность человека, движущей силой развития, которого является стремление к превосходству, к компенсации чувства неполноценности, пережитого в детстве. Каждый человек вырабатывает свой уникальный стиль жизни, в рамках которого он стремится к достижению своих жизненных целей. Чтобы понять человека необходимо понять его стиль жизни. Адлер видел человека не только как нечто цельное само по себе, но и как часть большей целостности: семьи, круга друзей, знакомых, общества, человечества, — принадлежность, к которой определяется его социальным интересом.

В отличие от Фрейда К.Г.Юнг рассматривал либидо как творческую жизненную энергию, которая может способствовать постоянному личностному росту. В личности Юнг выделял три структуры: эго, личное и коллективное бессознательное. В эго представлено все, что человек осознает. Личное бессознательное содержит подавленные и вытесненные из области сознания переживания, а также скопления комплексов, представляющих собой связки мыслей и чувств. Коллективное бессознательное состоит из архаичных, изначальных элементов — архетипов, в которых заключен опыт всего человечества, предрасполагающий к реагированию определенным образом на то, что происходит с человеком.

Феноменологическая теория личности

Феноменологическое направление подчеркивает идею о том, что поведение человека можно понимать только в терминах его субъективного восприятия и познания действительности. Этот подход исходит из того, что объективная действительность есть реальность, сознательно воспринимаемая и интерпретируемая человеком в данный момент времени. Другой важный тезис, лежащий в основе данного подхода, заключается в том, что человек способен сам определять свою судьбу, он свободен в принятии решений относительно своей жизни и в то же время несет полную ответственность за то, что он собой представляет. Третье положение феноменологического подхода отражает позитивную природу человека и его стремление к самореализации, развитию, совершенствованию.

Наиболее последовательно феноменологический подход прослеживается во взглядах американского психолога К.Роджерса. Он считал, что люди — это позитивные и разумные создания, искренне желающие жить в гармонии с собой и другими. Движущая сила развития личности, согласно Роджерсу, — тенденция к актуализации, т.е. стремление сохранить и развить себя, максимально выявить лучшие свои качества, заложенные природой.

Диспозициональная теория личности

Данное направление часто называют **теорией черт**, так как его представители предполагали, что **люди обладают некими предрасположенностями (диспозициями)** к реагированию определенным образом на различные ситуации, эти диспозиции были названы чертами.

Другими словами люди постоянны в своих действиях, мыслях и чувствах вне зависимости от обстоятельств, событий и жизненного опыта. Каждая личность уникальна, понять ее можно через описание ее конкретных черт.

Наиболее влиятельными представителями данного направления считают Гордона Олпорта (1897—1967), Ганса Айзенка (1916—1997) и Раймонда Кэттелла (1905—1998).

Поведенческие теории личности

Это направление иногда называют теориями научения, так как его основным тезисом — утверждение о том, что личность — это тот опыт, который человек приобрел в жизни, то, чему он научился. Главным источником развития личности является среда в широком смысле слова, а в качестве основных элементов личности выступают рефлексy и социальные навыки. В поведенческих теориях личности выделяют два основных направления. Первое представлено работами известных американских психологов Дж. Уотсона и Б. Скиннера, в которых изложены основные идеи классического бихевиоризма, согласно которым поведение человека детерминировано внешними обстоятельствами и может быть описано с помощью формулы: $S \rightarrow R$.

По мнению представителей второго направления, поведение человека регулируется не столько внешними, сколько внутренними факторами, такими как цели, ожидания, самовосприятие.

Представители этого направления — Альберт Бандура и Джулиан Роттер.

Когнитивные теории личности

Основоположником этого подхода был американский психолог Дж.Келли (1905— 1967). Он считал, что человек — это исследователь, пытающийся понять, что с ним происходит, и предсказать, что с ним произойдет в будущем. В связи с этим на поведение человека большое влияние оказывают когнитивные и интеллектуальные процессы.

Человек воспринимает и интерпретирует мир с помощью определенных моделей, которые Келли назвал конструктами.

Личность — это организованная система важных конструктов, т.е. личность — это то, как человек воспринимает и истолковывает свой жизненный опыт.

Дружба, любовь, нормальные взаимоотношения возможны только тогда, когда люди имеют сходные конструкты.

Стресс (от англ. stress - давление, нажим, напор; гнёт; нагрузка; напряжение) - неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

Основоположником учения о стрессе является канадский ученый **Г. Селье**. Он рассматривал стресс как состояние неспецифического напряжения в живом организме, вызванное любым внешним повреждающим фактором, независимо от его природы. На воздействие разного рода организм отвечает не только местной защитной реакцией, но и общей реакцией физиологического механизма независимо от того, какой именно раздражитель действует в этот момент на организм.

Смена парадигм в наибольшей степени связана с именем **Г. Селье** и его теорией о неспецифическом адаптационном синдроме.

Согласно ей, большинство проявлений болезни являются защитными реакциями против патогенного фактора, и специфические симптомы, непосредственно отражающие причину заболевания, составляют лишь незначительную часть. Их доля при инфекционных заболеваниях несколько больше, чем при других соматических заболеваниях, и они практически отсутствуют при таких болезнях как ревматизм, поскольку ревматизм является болезнью адаптации, то есть результатом чрезмерной защитной (адаптационной) реакции. Очевидно, при психических и психосоматических болезнях доля симптомов, отражающих «первичную поломку» или первопричину заболевания, ничтожно мала или отсутствует.



Ганс Гуго Бруно Селье
(*Hans Hugo Bruno Selye,*
или Янош Шейе - Selye János)
1907- 1982

Впервые физиологический стресс описан Гансом Селье как ***общий адаптационный синдром***. Термин **«стресс»** он начал использовать позднее.

«**Стресс** есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования [...] Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса» (Ганс Селье, «Стресс жизни»)

При **стрессе**, наряду с элементами адаптации к сильным раздражителям, имеются элементы напряжения и даже повреждения. Именно универсальность сопровождающей стресс «**триады изменений**» - уменьшение тимуса, увеличение коры надпочечников и появление кровоизлияний и даже язв в слизистой желудочно-кишечного тракта - позволила **Г. Селье** высказать гипотезу об общем **адаптационном синдроме (ОАС)**, получившим впоследствии название «стресс».

Работа была опубликована в 1936 году в журнале «Nature». Многолетние исследования Г. Селье и его сотрудников и последователей во всем мире подтверждают, что стресс является неспецифической основой многих заболеваний.

Г. Селье выделил **3 стадии** общего адаптационного синдрома:

- **реакция тревоги (мобилизация адаптационных возможностей — возможности эти ограничены)**
- **стадия сопротивляемости**
- **стадия истощения**

Виды стресса

Эустресс

Понятие имеет два значения — «стресс, вызванный положительными эмоциями» и «несильный стресс, мобилизующий организм».

Дистресс

Негативный тип стресса, с которым организм не в силах справиться. Он подрывает здоровье человека и может привести к тяжёлым заболеваниям. От стресса страдает иммунная система. В стрессовом состоянии люди чаще оказываются жертвами инфекции, поскольку продукция иммунных клеток заметно падает в период физического или психического стресса.

Эмоциональный стресс

Эмоциональным стрессом называют эмоциональные процессы, сопровождающие стресс, и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме. Во время стресса, эмоциональная реакция развивается раньше других, активизируя вегетативную нервную систему и её эндокринное обеспечение. При длительном или многократно повторяющемся стрессе эмоциональное возбуждение может застаиваться, а функционирование организма — разлаживаться.

Психологический стресс

Психологический стресс, как вид стресса, понимается разными авторами по-разному, но многие авторы определяют его как стресс, обусловленный социальными факторами.

Адапта́ция

Адапта́ция (лат. adapto «приспосаблию») — приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям внешней среды. Процессы адаптации направлены на сохранение гомеостаза.

Виды адаптации:

- Биологическая адаптация
- Физиологическая адаптация
- Социально-психологическая адаптация
- Профессиональная адаптация
- Адаптация социальная
- Адаптация персонала

Биологическая адаптация

Биологическая адаптация - приспособление организма к внешним условиям в процессе эволюции, включая морфофизиологическую и поведенческую составляющие. Адаптация может обеспечивать выживаемость в условиях конкретного местообитания, устойчивость к воздействию факторов абиотического и биологического характера, а также успех в конкуренции с другими видами, популяциями, особями. Каждый вид имеет собственную способность к адаптации, ограниченную физиологией (индивидуальная адаптация), пределами проявления материнского эффекта и модификаций, эпигенетическим разнообразием, внутривидовой изменчивостью, мутационными возможностями, коадаптационными характеристиками внутренних органов и другими видовыми особенностями.

Физиологическая адаптация

Физиологическая адаптация — приспособление организма к условиям существования. «[Жизнь] — постоянное приспособление ... к условиям существования», — утверждал физиолог И.М.Сеченов. — Организм без внешней среды, поддерживающей его существование, невозможен; поэтому в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него". При этом: «...Каждый организм представляет собой динамическое сочетание устойчивости и изменчивости, в котором изменчивость служит его приспособительным реакциям и, следовательно, защите его наследственно закрепленных констант». Организм даже в предельно короткие промежутки времени изменчив в связи с динамикой его функциональных состояний и с гомеостатической изменчивостью его «гомеостатических констант» (К. Уоддингтон, 1964, 1970). И исключительно системный подход должен лежать в основе современных знаний о механизмах и сущности процесса адаптации: «...Человек есть ... система ..., как и всякая другая в природе, подчиняющаяся неизбежным и единым для всей природы законам ...» (И. П. Павлов, 1951).

Социально-психологическая адаптация

Социально-психологическая адаптация — это процесс приобретения людьми определенного социально-психологического статуса, овладения теми или иными социально-психологическими функциями... При этом под статусом «социальной личности» понимается положение личности в системе межличностных отношений, определяющее его права, обязанности и привилегии. В различных группах один и тот же человек может иметь разный статус».

Социально-психологическая адаптация

В процессе социально-психологической адаптации человек стремится достичь гармонии между внутренними и внешними условиями жизни и деятельности. По мере ее осуществления повышается адаптированность личности, т. е. степень приспособленности ее к жизни в социуме. Адаптированность может быть: внутренней, проявляющейся в форме перестройки функциональных структур и систем личности при определенных изменениях среды (в этом случае и внешние формы поведения, и деятельность человека видоизменяются и приходят в соответствие с ожиданиями среды, с идущими извне требованиями - происходит полная, генерализованная адаптация личности); внешней (поведенческой, приспособительской), когда личность внутренне содержательно не перестраивается и сохраняет себя, свою самостоятельность (в результате имеет место так называемая инструментальная адаптация личности); смешанной, при которой личность частично изменяется и подстраивается внутренне под среду, ее ценности, нормы и в то же время частично адаптируется инструментально, поведенчески, сохраняя свое «Я» и самостоятельность.

Социально-психологическая адаптация

Противоположная **адаптированности** характеристика — **дезадаптированность** личности бывает нескольких типов: устойчивая ситуативная дезадаптированность, характеризующаяся отсутствием у личности механизмов приспособления, когда есть желание, но нет умения адаптироваться; временная дезадаптированность, при которой имеет место нарушение баланса между личностью и средой, порождающее адаптивную активность личности; общая устойчивая дезадаптированность, представляющая собой состояние постоянного напряжения, неудовлетворенности, активизирующее бессознательные патологические защитные механизмы психики.

Адаптация социальная (социализация)

Адаптация социальная (социализация) — процесс интеграции личности в социальную систему, вхождение в социальную среду через овладение её социальными нормами, правилами и ценностями, знаниями, навыками, позволяющими ей успешно функционировать в обществе

Типы социализации:

Первичная социализация

Ресоциализация

Групповая социализация

Гендерная социализация

Организационная социализация

обществе. В отличие от других живых существ, чьё поведение обусловлено биологически, человек как существо биосоциальное нуждается в процессе социализации. Первоначально социализация индивида обычно происходит в семье, а уже потом вне её.

Первичная социализация

Первичная социализация продолжается от рождения ребёнка до формирования зрелой личности[2]. Первичная социализация продолжается от рождения ребёнка до формирования зрелой личности[2]. Первичная социализация очень важна для ребёнка, так как она является основой для всего остального процесса социализации. Наибольшее значение в первичной социализации имеет семья, откуда ребёнок и черпает представления об обществе, о его ценностях и нормах. Так, например, если родители выражают мнение, имеющее характер дискриминации относительно какой-либо социальной группы, то ребёнок может воспринять такое отношение как приемлемое, нормальное, устоявшееся в обществе.

В дальнейшем основой социализации становится школа, где детям приходится действовать в соответствии с новыми правилами и в новой обстановке. На этом этапе индивид приобщается уже не к малой группе, а к большой.

Ресоциализация

Ресоциализация, или вторичная социализация, — это процесс устранения сложившихся ранее моделей поведения и рефлексов и приобретения новых. В этом процессе человек переживает резкий разрыв со своим прошлым, а также чувствует необходимость изучать и подвергаться воздействию ценностей, радикально отличающихся от сложившихся до этого. При этом изменения, происходящие в процессе вторичной социализации, меньше, чем те, которые происходят в процессе первичной[2]. Ресоциализация, или вторичная социализация, — это процесс устранения сложившихся ранее моделей поведения и рефлексов и приобретения новых. В этом процессе человек переживает резкий разрыв со своим прошлым, а также чувствует необходимость изучать и подвергаться воздействию ценностей, радикально отличающихся от сложившихся до этого. При этом изменения, происходящие в процессе вторичной социализации, меньше, чем те, которые происходят в процессе первичной[2]. Ресоциализация происходит в течение всей жизни человека[5].

Групповая социализация

Групповая социализация — это социализация внутри конкретной социальной группы. Так, подросток, проводящий больше времени со своими сверстниками, а не с родителями, эффективнее перенимает нормы поведения, присущие для группы его ровесников.

Гендерная социализация

Теория о гендерной социализации утверждает, что важной составной частью социализации является изучение роли мужчины и женщины. Гендерная социализация — это процесс усвоения знаний и навыков, необходимых для конкретного пола. Проще говоря, мальчики учатся быть мальчиками, и девочки учатся быть девочками[6].

Организационная социализация

Организационная социализация — это процесс приобретения человеком навыков. Организационная социализация — это процесс приобретения человеком навыков и знаний, необходимых для выполнения своей организационной роли. Проходя через этот процесс, «новички» узнают об истории организации, в которой работают, о её ценностях, нормах поведения. Организационная социализация — это процесс приобретения человеком навыков и знаний, необходимых

Расстройства адаптации»

За последние десятилетия само понятие **«расстройства адаптации»** получило широкое распространение в психиатрии.

Эта диагностическая категория была впервые введена в DSM-III, однако наибольшую разработку получила в последующих классификациях болезней.

Согласно **DSM-III-R**, **расстройство адаптации** является дезадаптивной реакцией на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс или стрессы, проявляющейся **через 3 мес** после начала действия стресса. Данная патологическая реакция может восприниматься субъектом как личное несчастье, это не обострение психического заболевания, которое отвечает другим критериям. Расстройство, как правило, прекращается вскоре после того, как прекращается действие стресса, или же, если стресс остается, достигается новый уровень адаптации. Реакция является дезадаптивной из-за нарушений в социальной или профессиональной деятельности или из-за проявлений, выходящих за рамки нормальных, обычных, ожидаемых реакций на подобный стресс.

Следовательно, данный диагноз не должен ставиться, если больной отвечает критериям более специфического расстройства.

Расстройства адаптации»

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (**МКБ-10**) расстройства адаптации отнесены к рубрике расстройств, связанных со стрессом (**stress-related disorders**). В **DSM-IV** они выделены в отдельную рубрику, но описываются как психические расстройства, в патогенезе которых эмоциональный стресс играет важную роль. При этом имеет место определенная путаница в понятиях и терминах: под термином «стресс» подразумевается стрессовое событие, а не универсальная физиологическая реакция – общий адаптационный синдром (по Г. Селье)

Для возникновения и развития расстройства адаптации необходимо наличие эмоционально-стрессового воздействия, причем стрессовая ситуация не должна носить чрезвычайный для данной личности характер, угрожать жизни, физическому и психическому благополучию. Пытаются выделять типовые стрессовые события, которые могут приводить к нарушению процессов психической адаптации. К ним относят смену жизненного уклада, повышенные физические и эмоциональные нагрузки, разрыв значимых личных отношений, разлуку с близкими, изменение социального статуса и некоторые виды нозогенных реакций у соматических больных.

Расстройства адаптации

Основное внимание в диагностических критериях данной рубрики сфокусировано на изолированных клинических аспектах адаптационных расстройств. Указывается наличие эмоциональных и поведенческих нарушений, а также тенденция к фиксации на стрессовой ситуации и к ее драматизации. Важным критерием для диагностики является субъективное переживание индивидуумом неспособности справиться с возникшей ситуацией, изменить ее, принять или приспособиться к ней. При этом нарушение социального функционирования выражено не грубо и, как правило, проявляется в некотором снижении продуктивности в повседневных делах.

Расстройства адаптации»

Клинические формы и типы течения расстройств адаптации

Структура клинической картины у разных пациентов может существенно отличаться; по своим психопатологическим проявлениям расстройства адаптации очень вариабельны, что обуславливает сложность диагностики этих состояний . Введено даже понятие «феномен айсберга». Оно означает, что в клинической практике к специалистам-психиатрам обращается лишь незначительная часть пациентов, а большая часть с различными соматическими жалобами, маскирующими расстройства адаптации, наблюдаются у врачей общей практики или вовсе не обращаются за медицинской помощью . Отдельные попытки систематизации расстройств адаптации с построением клинических классификаций и выделением различных вариантов касаются определенных социальных групп: студентов, военнослужащих, мигрантов, одиноких пожилых лиц.

Типичны варианты, для которых характерно превалирование в клинической картине тревожных или депрессивных симптомов либо их сочетание . Описаны клинические формы с преобладанием психовегетативных и астенических расстройств, при которых гипотимия отходит на второй план . Кроме того, в клинической картине могут доминировать гневливые, агрессивные реакции, поведенческие нарушения. Клинико-динамические аспекты расстройств адаптации изучены еще хуже. Согласно существующим диагностическим критериям, продолжительность расстройств адаптации может колебаться от нескольких месяцев до двух лет. При этом критерий максимальной продолжительности этих состояний – 2 года – достаточно условен. В феноменологическом отношении эта нозографическая категория остается полиморфной и неопределенной. Ее границы размыты и охватывают целый спектр состояний от кратковременных стрессовых реакций до затяжных психогенных расстройств.

Расстройства адаптации

(Расстройство приспособительных реакций F43.2 по МКБ-10)

- F43.20** Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
Транзиторное мягкое депрессивное состояние, не превышающее 1 месяца по длительности.
- F43.21** Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет.
- F43.22** Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. Отчетливо выраженные тревожные и депрессивные симптомы, но их уровень не больше, чем в смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (F41.2) или в другом смешанном тревожном расстройстве (F41.3).
- F43.23** Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций
Обычно симптомы нескольких типов эмоций, таких как тревога, депрессия, беспокойство, напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2) или другого смешанного тревожного расстройства (F41.3), но они не являются столь преобладающими, чтобы могли быть диагностированы другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства. Эта категория должна использоваться и у детей, когда имеется регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальца.

Расстройства адаптации
(Расстройство приспособительных реакций F43.2 по МКБ-10)

- F43.24** Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения
Основным расстройством является нарушение поведения, то есть подростковая реакция горя, приводящая к агрессивному или диссоциальному поведению.
- F43.25** Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации. Явными характеристиками являются как эмоциональные симптомы, так и расстройства поведения.
- F43.28** Другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации

Кризис и кризисные расстройства

Кризис (от греч. kreses — решение, поворотный пункт, исход) в психологии определяется как тяжелое состояние, вызванное какой-либо причиной или как резкое изменение статусов персональной жизни.

Для современного общества проблема кризисных состояний является весьма актуальной, что определяется неуклонным ростом числа кризисных ситуаций под влиянием различных, в т.ч. стрессовых (фрустрирующих) факторов, особенно в условиях социально-экономического кризиса. Выделяются такие аспекты стресса, как воздействие на личность, включая расстройство адаптации с явлениями тревоги, депрессии, агрессии и аутоагрессии; на поведение, включая развитие зависимого поведения различных видов - наркомании, алкоголизм, азартные игры, нарушения пищевого поведения; на здоровье (развитие психосоматических заболеваний), на когнитивное функционирование (неспособность принимать решения и сосредоточиться, ухудшение памяти, заторможенность), на физиологические функции (повышение артериального давления)

Кризис и кризисные расстройства

Теоретические представления о кризисных расстройствах противоречивы.

Выделяют три варианта кризиса:

- ***кризисы в больших группах*** (социуме, общественных системах);
- ***кризисы в малых социальных группах*** (семейные кризисы, кризисы в коллективах)
- ***кризис личности.***

Личностные кризисы можно подразделить на две основные категории:

- ***внутренние кризисы.***
- ***внешние кризисы***

Внутренние, или трансформационные кризисы (возрастные, экзистенциальные) представляют собой следствие естественного развития личности.

Внешние кризисы развиваются под влиянием стрессора, внешних травматических событий и могут достигать психопатологической степени выраженности, что служит основанием для психиатрической (психотерапевтической) помощи.

Любой личностный кризис является поворотным пунктом в развитии личности и может привести к таким формам дезадаптации, как девиантное поведение, психические расстройства, суицидальное поведение.

Кризис и кризисные расстройства

Кризисная служба является важной составляющей национальной системы здравоохранения и экономически оправдана, а оптимизация ее работы кризисной службы - нетривиальная задача.

В настоящее время порядок оказания помощи лицам в кризисных состояниях регламентируется приказом **МЗ РФ № 148 от 06.05.1998г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»**, что свидетельствует о том, что законодательная база организации кризисной службы не соответствует тенденциям развития и реформирования практической и научной психиатрии, сформировавшимся за прошедшие 20 лет.

Систематизация невротических расстройств

Невроз — ***психогенное*** (как правило, ***конфликтное***) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Невроз характеризуется:

во-первых, обратимостью патологических нарушений, независимо от его длительности, что соответствует пониманию невроза И. П. Павловым как срыва высшей нервной деятельности, который может продолжаться дни, недели, месяцы и даже годы;

во-вторых, психогенной природой заболевания, которая, согласно В. Н. Мясищеву, определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуации больного;

в-третьих, специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Систематизация невротических расстройств

Многообразие классификационных делений неврозов, предлагаемых различными авторами, отражает прежде всего отсутствие единого взгляда на их этиологию и патогенез. В связи с этим до настоящего времени не прекращаются попытки систематизации неврозов с использованием различных критериев.

Наиболее распространенной в отечественной литературе является **группировка неврозов** преимущественно по **клиническим проявлениям**:

- ***неврастения***
- ***истерия (истерический невроз)***
- ***невроз навязчивых состояний***
- ***психастения***

Неврозы делятся на **общие** и **системные** в зависимости от характера клинического их течения — на невротические реакции, невротические состояния (неврозы) и невротические развития.

подавляет возбуждение конкурирующих очагов, как при бреде. В дальнейшем И. П. Павлов предполагал, что суть патофизиологии нарушения не в инертном возбуждении, а в лабильности. В дальнейшем И. П. Павлов предполагал, что суть патофизиологии нарушения не в инертном возбуждении, а в лабильности торможения. В дальнейшем И. П. Павлов предполагал, что суть патофизиологии нарушения не в инертном возбуждении, а в лабильности торможения. Так же считали его ученики М. К. Петрова и Ф. М. Майоров, несколько дополнив эти положения.

Сохранность критики к навязчивостям сохраняется из-за маленькой, по сравнению с бредом, интенсивности патологического возбуждения и, следовательно, меньшей силой и распространённостью отрицательной индукции.

А. Г. Иванов-Смоленский А. Г. Иванов-Смоленский, ученик В. М. Бехтерева А. Г. Иванов-Смоленский, ученик В. М. Бехтерева и сотрудник И. П. Павлова, утверждал, что есть навязчивые идеи возбуждения (обсессии, компульсии и некоторые фобии) и задержки, патологического торможения (агорафобия). А. Г. Иванов-Смоленский, ученик В. М. Бехтерева и сотрудник И. П. Павлова, утверждал, что есть навязчивые идеи возбуждения (обсессии, компульсии и некоторые фобии) и задержки, патологического торможения (агорафобия) [22].

С. Н. Давиденков объяснял навязчивые сомнения инертностью и торможения, и возбуждения. Одновременно существуют несколько конкурирующих пунктов возбуждения, то есть оспаривающие друг друга побуждения к действию [22]. С. Н. Давиденков объяснял навязчивые сомнения инертностью и торможения, и возбуждения. Одновременно существуют несколько конкурирующих пунктов возбуждения, то есть оспаривающие друг друга побуждения к действию [22]. При этом успокаивающая роль компульсий заключается в том, что возникает новый очаг концентрации возбуждения, который по механизму отрицательной индукции подавляет доминировавший. С. Н. Давиденков объяснял навязчивые сомнения инертностью и торможения, и возбуждения. Одновременно существуют несколько конкурирующих пунктов возбуждения, то есть оспаривающие друг друга побуждения к действию [22]. При этом успокаивающая роль компульсий заключается в том, что возникает новый очаг концентрации возбуждения, который по механизму отрицательной индукции подавляет доминировавший прежде и обсессии исчезают или становятся слабее. В дальнейшем между очагами образуется прочная связь. Развил эту теорию Жоузе де Кастро.

Е. А. Попов, ученик И. П. Павлова, связывал кощунственные навязчивые мысли, контрастные влечения с ультрапарадоксальным торможением, когда возбуждаются центры, отвечающие за противоположные понятия. Он же считал, что навязчивые сомнения об удачно выполненных действиях связаны с наличием 2 пунктов возбуждения, и пункт сомнения, будучи «большим», подавляет «меньший» пункт,

Систематизация невротических расстройств

Общепсихологическая симптоматика:

- **Высокая чувствительность к стрессам** – на незначительное стрессовое событие люди реагируют отчаянием или агрессией
- **Плаксивость**
- **Нерешительность**
- **Низкая самооценка**
- **Неудовлетворённость собой**
- **Обидчивость, ранимость**
- **Тревожность, страхи**
- **«Зацикленность» на психотравмирующей ситуации**
- **При попытке работать быстро утомляются** – снижается память, внимание, мыслительные способности
- **Чувствительность к громким звукам, яркому свету, перепадам температуры**

Систематизация невротических расстройств

Общевневротическая симптоматика:

- **Состояние нервно-психической слабости (астения)**
- **Тревога, беспокойство**
- **Нарушения сна**
- **Постоянная головная боль**
- **Сердечные боли, психалгии (психологическое переживание боли)**
- **Общее снижение работоспособности**
- **Эмоциональная лабильность**
- **Нетерпеливость**
- **Различные вегетативные нарушения: лабильность пульса, артериального давления, повышенная потливость, дисфункции желудочно-кишечного тракта (медвежья болезнь).**

Систематизация невротических расстройств

Неврастения – возникает в результате психологического конфликта – несоответствия между устремлениями и усилиями личности достигнуть жизненных целей и пределами её физических и психических возможностей.

Специфической особенностью является **раздражительная слабость – стремительное возникновение и быстрое истощение раздражительного процесса.**

Характерна психическая и физическая слабость. Постоянно чувство усталости, психофизическое единство, когда трудно отделить психическую усталость от физической. Больной словно после тяжелой работы. Мышечные боли вегетативного характера. Отсутствие концентрации внимания, ослаблена память, чувство рассеянности, отсутствие интереса к окружающему, всё удручает, не понимает читаемого. Усталость сразу после пробуждения.

Различают две формы:

Гиперастеническая- возникает при ослаблении внутреннего торможения в коре большого мозга, когда раздражительный процесс приобретает характер раздражительной слабости.

Гипоастеническая – значительно ослаблен и процесс возбуждения, возникают явления запредельного охранительного торможения, сопровождающиеся вялостью, слабостью сонливостью, некоторой заторможенностью моторики, часто пониженным настроением.

При затяжном течении возможны астено-ипохондрические и астено-депрессивные состояния («невротическая депрессия»).

Систематизация невротических расстройств

Истерический невроз – в основе психологического конфликта лежит несоответствие между влечениями и возможностью их удовлетворить.

Характерна высокая внушаемость в сочетании с инфантильно-эгоцентрической жизненной позицией и претенциозным поведением.

В клинической картине характерно общевротическая симптоматика следующие расстройства:

- в двигательной сфере (при сохранении опорно-двиг. аппарата) парезы, параличи, гиперкинезы, писчий спазм;
- нарушение речи: афония, астазия, абазия
- сенсорные нарушения – пониженная или повышенная чувствительность не соответствует зонам иннервации, истерическая слепота, глухота.
- вегетативные нарушения: чувство сжатия горла, кишечная непроходимость, вздутие живота, истерическая рвота, анорексия

Психические нарушения: психогенная амнезия, повышенная внушаемость, эгоизм, самолюбие, обидчивость, ранимость, конфликтность.

Физиологические основы: слабый тип нервной системы с преобладанием 1 сигнальной системы.

Систематизация невротических расстройств

Невроз навязчивых состояний. Психологический конфликт обусловлен наличием контрастных противоборствующих стремлений, часто затрагивающих этические установки личности.

Психопатологическим ядром заболевания являются фобии – безотчетные страхи, произвольно возникающие аффективно насыщенные ожидания утраты способностей, авторитета, благополучия, здоровья, самой жизни.

В формировании конкретного содержания фобических опасений решающее значение фиксация деталей психогенно-травмирующей ситуации, в связи с чем эти страхи всегда конкретно-образны и весьма индивидуализированы.

Характерны: робость, неуверенность, низкая самооценка.

При затяжном течение невроза состояние больных может приобретать депрессивную окраску и возможно появление суицидальных тенденций.

Физиологическая основа: патологическая инертность нервных процессов, преобладание 2 сигнальной системы.

Опубликована статья Фрейда "Случай Человека-крысы" или "Заметки о случае невроза навязчивости" (1909). Это первый опубликованный случай и самый известный психоанализ невроза навязчивости. Невроза, который сам Фрейд называл "самым интересным и самым благодарным объектом психоаналитического исследования".

Однажды, придя на могилу отца, он увидел, как по могильному холму прошмыгнуло большое животное, которое он принял за крысу. Он предположил, что она появилось из самой могилы отца и только что поедала его труп. С представлением о крысе неразрывно связано то, что она грызет и кусает острыми зубами; но крысы не могут оставаться злыми, прожорливыми и грязными без наказания — их жестоко преследуют и безжалостно истребляют люди, как он сам не раз с ужасом наблюдал. Ему часто становилось жалко этих несчастных крыс. Но он и сам был таким же мерзким, грязным маленьким негодником, который мог в ярости покусать и которого за это страшно наказывали. Он действительно мог найти свое «полное сходство» с крысой. Судьба, так сказать, предъявила ему в виде рассказа капитана стимульное слово для выявления комплекса, и он не упустил возможности отреагировать на это навязчивой идеей....

Систематизация невротических расстройств

Психастения. Основой психологического конфликта является слабость волевых побуждений в ситуации выбора, затянувшаяся борьба внутренних мотивов. Развивается на основе тревожно-мнительного характера.

Психастеникам присуща (как защита от тревоги) мягкая деперсонализация (чувство своей эмоциональной изменённости, неуверенность в своих чувствах): в стрессовой ситуации у них притупляются чувства, при том что мышление работает ясно, разумно.

Основные симптомы психастении:

1. Навязчивые состояния возникают при слабых психических воздействиях. Например, человек услышал звук выстрела, в тот момент, когда переходил площадь, и у него развился страх площадей.
2. Навязчивости появляются самые разнообразные. При неврозе навязчивых состояний характерны навязчивости в единичном случае в крайнем случае объединенные одной тематикой. При психастении навязчивости легко устраняются, однако вскоре появляются новые навязчивые состояния, совсем другого смысла.
3. Навязчивости сопровождаются тревожно-мнительным состоянием, которое обусловлено нерешительностью и тщательной проверкой своих поступков.

Физиологическая основа: преобладание 2 сигнальной системы.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Общепринятыми положениями, на основе которых выделяются **диссоциативные, или конверсионные, расстройства**, являются полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность и непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела. Все виды диссоциативных расстройств имеют тенденцию к исчезновению через несколько недель или месяцев, особенно если их возникновение связано с каким-либо травмирующим событием в жизни. **Многие хронические расстройства, особенно параличи и потеря чувствительности, могут развиваться на основе существования неразрешимых проблем и межличностных сложностей. Эти расстройства ранее преимущественно классифицировались как различные виды "конверсионной истерии".** Считается, что они имеют психогенную этиологию, поскольку по времени возникновения тесно связаны с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Симптомы часто соответствуют представлению больного о том, как должно было бы проявляться психическое заболевание. Медицинский осмотр и обследование не выявляют каких-либо явных физических или неврологических нарушений. Кроме того, совершенно очевидно, что потеря функции является выражением эмоционального конфликта или потребностей. Симптомы могут развиваться в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно. В эту рубрику включены только расстройства физических функций, в норме произвольно контролирующихся, и потеря чувствительности. Расстройства, включающие болевые ощущения и комплекс других физических ощущений, опосредованных через вегетативную нервную систему, классифицированы в рубрике психосоматических нарушений (F 45.0). Всегда следует помнить о возможности развития в дальнейшем серьезных физических или психических расстройств.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативная амнезия -F44.0

Основной чертой является потеря памяти, особенно на важные недавние события, которая не вызвана органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью или усталостью.

Амнезия обычно сконцентрирована на травмирующих событиях, таких, как несчастный случай или неожиданная тяжелая утрата, и обычно является частичной и избирательной. Полная и генерализованная амнезия редка и обычно является частью амбулаторного автоматизма (фуги); в этом случае расстройство так и следует классифицировать.

Диагноз диссоциативной амнезии не следует ставить при наличии органического заболевания мозга, интоксикации или чрезмерной усталости.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативная фуга - F44.1

Диссоциативная фуга имеет все черты диссоциативной амнезии в сочетании с целенаправленными передвижениями, выходящими за обычный каждодневный предел. Хотя в период фуги имеет место амнезия, посторонним наблюдателям поведение пациента в это время может казаться абсолютно нормальным.

Исключено: фуга после приступа эпилепсии (G40-)

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативный ступор - F44.2

Диссоциативный ступор диагностируется на основании выраженного уменьшения или отсутствия произвольных движений и нормальных ответных реакций на внешние раздражители, такие, как свет, шум, прикосновение, однако осмотр и обследование не обнаруживают явной физической причины. Кроме того, имеет место абсолютная очевидность психогенной причины в виде недавних стрессовых событий или проблем.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Транс и одержимость- F44.3

Расстройства, при которых имеет место временная потеря ощущения себя как личности и полная неосознанность окружающего. В эту рубрику включены только состояния транса, которые произвольны и нежелательны и возникают вне религиозных или культурно-приемлемых ситуаций.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативные двигательные расстройства- F44.4

При всем разнообразии имеет место полная или частичная потеря способности двигать конечностью или конечностями. Может отмечаться тесное сходство почти с любым видом атаксии, апраксии, акинезии, афонии, дизартрии, дискинезии, припадка или паралича.

Психогенная:

- афония
- дисфония

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативные конвульсии - F44.5

Диссоциативные конвульсии могут имитировать эпилептический припадок, однако прикусывание языка, кровоподтеки, связанные с падением, и непроизвольное мочеиспускание редки.

Сознание сохранено либо заменено состоянием ступора или транса.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия - F44.6

Области кожной анестезии часто имеют границы. Это означает, что они связаны с представлениями пациента о функциях тела, отличающимися от медицинских знаний.

Может иметь место потеря различий между сенсорными модуляциями, которая необязательно обусловлена неврологическими повреждениями.

Потеря чувственного восприятия может сопровождаться жалобами на парестезию.

Потеря зрения и слуха при диссоциативных расстройствах редко бывает тотальной.

Психогенная глухота

Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства - F44.7

Сочетание расстройств, классифицированных в рубриках F44.0- F44.6

Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства - F44.8

- Синдром Ганзера
- Сложная личность

Психогенное:

- замешательство
- сумеречное состояние

Диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное - F44.9

Синдром выгорания (синдром профессионального выгорания)

Синдром выгорания (синдром профессионального выгорания, синдром эмоционального выгорания, синдром психического выгорания и т.д.) – термин, характеризующий состояние нарастающего эмоционального истощения, приводящее к нарушениям в сфере общения и способное повлечь за собой глубокие личностные изменения.

В настоящее время лечению и профилактике синдрома выгорания уделяется повышенное внимание.

Синдром выгорания (синдром профессионального выгорания)

Синдром выгорания – почему он часто встречается у врачей?

Синдрому выгорания (как и другим расстройствам, связанным с профессиональной деятельностью), в первую очередь подвержены представители профессий, связанных с непосредственной работой с людьми и/или высокой ответственностью за других (особенно если речь идет о жизни, здоровье и безопасности).

Между тем, **работе врача присущи следующие особенности:**

- Работа врача по определению требует значительных эмоциональных вложений, так как связана с общением с людьми и со всеми трудностями, которые из этого проистекают (негативные эмоции, перенос, переживания, конфликты).
- Работа врача требует интеллектуальных и временных вложений в учебу и постоянное последипломное образование как в рамках курсов повышения квалификации, так и самостоятельно.
- Работа врача нередко связана со стрессами, ночными дежурствами, ненормированным рабочим днем.
- Врачу необходим круг профессионального общения. И проблемы в отношениях с коллегами (изоляция, конфликты) врач, как правило, переживает тяжело, даже если и не осознает этого.
- Люди такой сложной профессии, как врач, очень подвержены изменениям настроения и мотивации к труду при конфликтах с коллегами и затруднениями в коммуникации с руководством.
- В работе врача есть немало трудностей, связанных с ведением отчетности, что требует затрат времени и может быть источником конфликтов с руководством.
- Необходимость финансового обеспечения себя и семьи нередко входит в конфликт с профессиональными стремлениями врача.

Все эти факторы дамокловым мечом висят над головой каждого врача, угрожая ему развитием синдрома хронической усталости, влекущее за собой целый спектр психосоматических расстройств.

Именно поэтому синдром выгорания является нередкой проблемой данной категории работающих людей.

Синдром выгорания (синдром профессионального выгорания)

30 лет назад исследователь **Э.Морроу** образно описал синдром выгорания как «запах горячей психологической проводки». Объективно же под понятием «синдром профессионального выгорания» подразумевается развивающееся на фоне хронического стресса истощение эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека.

Впервые понятие эмоционального выгорания на работе ввел в 1974 году психолог **Х.Фрейденберг**, обнаружив его у работников кризисных центров и психиатрических клиник и объяснив «отрицательным воздействием профессиональной деятельности на личность в сфере человек-человек». Позже было выявлено, что выгорание присуще представителям множества профессий, и при этом его признаки во всех случаях практически одинаковы. Поэтому постепенно эмоциональное выгорание на работе стало называться синдромом профессионального выгорания или просто синдромом выгорания.

Синдром выгорания (синдром профессионального выгорания)

Признаки синдрома выгорания:

- Нежелание идти на работу.***
- Чувство усталости.***
- Раздражительность, раздражительная слабость.***
- Конфликты на работе.***
- Обидчивость.***
- Снижение инициативности.***
- Чувство одиночества и разочарования.***
- Возможны расстройства сна, аппетита, головные бо***

Балинтовская группа

Балинтовская группа — метод групповой тренинговой работы, созданный в середине прошлого века **Балинтом**.

В 1949 году он начал проводить дискуссионные групповые семинары с **практикующими врачами и психиатрами**. Результаты своих исследований Балинт обобщил в книге "**Врач, его пациент и болезнь**".

Балинтовская группа

Балинтовская группа — эффективный метод повышения профессиональных коммуникативных навыков, снижения профессионального стресса и «эмоционального выгорания». В наше время эта технология используется не только в группах врачей и психологов, но и в группах учителей, социальных работников, полицейских, священников и других специалистов, основой работы которых является профессиональная коммуникация.

Приоритетами в работе Балинтовской группы являются безопасность обсуждения, анализ и эмоциональная поддержка её участников

Балинтовская группа

Цели работы балинтовской группы:

Поощрять врачей (психологов) ценить свои навыки межличностных отношений и учиться понимать их пределы.

- Улучшить восприятие и понимание коммуникации клиента врачами или психологами.
- Позволить врачам (психологам) осознать свои "слепые пятна" в общении с клиентами.

В проводимом обсуждении акцент делается не на клиническом анализе ведения данного клиента, а на различных особенностях и аспектах взаимоотношений врача или психолога с клиентом в рамках данного случая, их реакциях на меняющиеся обстоятельства этой ситуации, что отличает балинтовские группы от традиционного клинического разбора, консилиума или супервизии. Для этого нужно, чтобы в групповых дискуссиях говорили не только о том, что думает, но и о том, что чувствует врач или психолог (эмоционально и телесно) во взаимоотношениях со своим клиентом, что доктор и пациент значат друг для друга, и что они друг для друга делают?

Балинтовская группа

Вариант алгоритма проведения балинтоновской группы:

Первый этап. Докладчик описывает свою коммуникативную проблему.

Второй этап. Группа делится своими чувствами, касательно анализируемого случая, без участия докладчика.

Третий этап. Участники группы задают докладчику уточняющие вопросы по его случаю.

Четвёртый этап. Группа, без участия докладчика, дискутирует по поводу обсуждаемой ситуации, пытается найти способы решения проблемы.

Пятый этап. Получение обратной связи от докладчика.

Балинтовская группа

Процесс работы Балинтовской группы.

Один из участников группы предлагает случай из практики, который вызвал затруднения, удивление или почему-то запомнился. Объект обсуждения – не клиент и не его лечение, скорее, сам психолог с его своеобразием восприятия данного случая, отношением к нему. Собственно, поэтому участники группы рассказывают о своих пациентах без записей, свободно, не заботясь о жесткой структуре своего сообщения, иногда повторяясь, что-то вспоминая "на ходу", т.к. для анализа не менее важно, что «забывает» сказать рассказчик.

«Докладчик» должен ориентировать свой рассказ не столько на историю болезни, сколько на изложение сложностей взаимоотношений с пациентом и своим переживании трудностей этого случая, с описанием реакций и поведения клиента, свои эмоции, мысли или ожидания в большей степени, чем клиническую часть случая. После короткого рассказа (5 -15 минут) рассказчик формулирует «запрос», который должен касаться коммуникации с клиентом (что происходило?, уточнение эмоционального состояния, ожиданий психолога или клиента...). Запрос может касаться, на первый взгляд, совершенно не существенных вещей. Например, более продуктивным обсуждением может быть случай, в котором запрос звучит так: «Почему я так много смеялась/смеялся в этом случае?».

После формулировки «запроса» участники группы могут обмениваться впечатлениями и задать вопросы, которые прояснят для них необходимые для ответа на запрос моменты.

Лидер Балинтовской группы следит, чтобы вопросов было не чересчур много, и они не слишком «разогревали» рассказчика и группу. Когда ситуация достаточно уточнена, он просит рассказчика теперь помолчать, расслабиться и послушать, что участники группы чувствуют и думают по поводу коммуникации, сложившейся в обсуждаемом случае. Приветствуются любые фантазии, образы, метафоры и символы. Любая фантазия или ассоциация может быть подспорьем в понимании неосознанной составляющей коммуникации. Здесь нет правильных интерпретаций, а есть множественность восприятия ситуации. Это позволяет рассказчику взглянуть на свой случай со стороны и увидеть ранее невидимое, то, что находилось в «слепых пятнах» или было «прикрыто» психологической защитой и понять, почему этот пациент/клиент вызывал затруднения или удивление. Совсем необязательно, чтобы все фантазии в группе казались рассказчику «правильными». Может быть, как раз то, что вызывает сейчас самый сильный протест, потом и окажется наиболее точным объяснением происшедшего.

После круга фантазий и их обсуждения, рассказчик «возвращается в круг» и делится своими переживаниями и мыслями, возникшими в процессе обсуждения.

Балинтовская группа

ОТЛИЧИЯ БАЛИНТОВСКОЙ ГРУППЫ ОТ ДРУГИХ ВИДОВ РАБОТЫ:

Работа Балинтовской группы направлена на:

- «исследование» эмоциональной и бессознательной части технологии работы врача (психолога) — осознание её;
- безопасность работы психолога (восстановление, защита, предупреждение профессионального стресса и выгорания).

Объектами работы Балинтовской группы являются:

коммуникация, эмоции, чувства, иррациональные идеи и установки, психологические защиты, переносы, контрпереносы, ожидания, смысл.

Инструментами Балинтовской работы являются:

ассоциации, фантазии, аналогии, анализ защит и переносов, эмоциональная поддержка.

В Балинтовской группе приветствуется полифония точек зрения и обсуждение, направленное на поиск новых смыслов в отношениях и новых взглядов на коммуникацию.