

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
им. АБУ АЛИ ИБН СИНО**

**КАФЕДРА “ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ”**

“УТВЕРЖДАЮ”

Проректор по учебной части

К.м.н. _____ Г.Ж.Жарилкаси

нова

от _____ 2019 г.

**Протокол кафедрального
собрания методической комиссии
от _____ 2019 г.**

**Протокол межкафедральной
_____ 2019 г.**

**Протокол координационного
совета от _____ 2019 г.**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

***“Медицинская
психология”
для 1-курса
факультета ВСД***

Бухара-2019

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
им. АБУ АЛИ ИБН СИНО**

**КАФЕДРА “ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ”**

Область образования: 700000 – здравоохранение и социальное
обеспечение

Область знаний: 720000 «Здравоохранение»

Направление: 5140900 – профессиональное образование
(лечебное дело)

Направление: 5720600 – сестринское дело

Дисциплина: **МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Составители:
Доцент, к.м.н. Кучкаров У.И.
Ассистент Рустамов У.Т.

Рецензенты:
Зав. учебной части БухМИ
к.м.н., доцент Атаева М.А.
Зав. кафедрой «Внутренние болезни и
эндокринология» к.м.н. М.Н.Бадриддинова

Учебная программа предмета

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

Утверждена
Министерства высшего и
средне-специального образования

РУз

№ _____

От _____ 2019 г

Принято на учет
№ _____ 2019 год " ____ "

**ТИПОВАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Область образования: 700000 – здравоохранение и социальное
обеспечение

Область знаний: 720000 «Здравоохранение»

Направление: 5140900 – профессиональное образование
(лечебное дело)

Направление: 5720600 – сестринское дело

Ташкент - 2019

Типовая программа разработана в Ташкенской медицинской академии

Программа составлена и обсуждена на монотематической комиссии по психиатрии, наркологии и мед.психологии и рекомендована для утверждения на Координационном Совете Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан.

Протокол №1 от 10 января 2019 г.

Программа просмотрена и утверждена на Координационном Совете Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан.

Протокол № 28 от 2019 г. 10. 07.

Сотавители:

Рахимбаева Г. С. – профессор, кафедры неврологии ТашМА
Ибодуллаев З.Р. – профессор, кафедры неврологии ТашМА

Рецензенты:

Алимов Х.У. - зав. кафедры психиатрии ТашИУВ, д.м.н.,
профессор
Ашуров З.Ш. – зав. кафедры психиатрии ТМА

АННОТАЦИЯ

Учебно-методический комплекс - подготовлен на основе требований, установленных государственным образовательным стандартом и предметной программой, на основе формирования знаний, навыков и умений, которыми должен обладать студент, комплексного проектирования учебного процесса.

Это источник знаний, который обеспечивает гарантированные результаты, независимое обучение и учебу, а также контроль и направлен на развитие творческих способностей учащихся. В тексты лекций и практических занятий представлены современные методы тестирования и интерактивные методы, приведены тесты по совершенствованию учебного материала.

Этот учебно - методический комплекс рассчитан для студентов 1 курса высшего сестринского дела. Это важный ресурс для студентов, чтобы овладеть навыками общения с больными самостоятельно по предмету медицинской психологии.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие _____

Лекционные занятия (для 1-курса факультета ВСД)

1- тема: Введение. Краткая история общей и мед.психологии. Память и мнемические процессы в мед. практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ 1.2

Технокарта лекционного занятия _____

2- тема: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике. Ощущение, восприятие, внимание, представления.

1.1 Модель технологии обучения
стр. _____ 1.2

Технокарта лекционного занятия _____ стр.

3- тема: Мышление, речь, воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание, воля и деятельность.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта лекционного занятия _____ стр.

4- тема: Понятие о личности, развитие и особенности личности. Профессиональное общение в сестринской практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта лекционного занятия _____ стр.

5- тема: Семейная психология в сестринской практике. Понятие о малых группах.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта лекционного занятия _____ стр.

6- тема: Психогигиена, психопрофилактика, психотерапия и основы реабилитации в сестринской практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
1.2 Технокарта лекционного занятия _____ стр.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ (ДЛЯ 1-КУРСА факультета ВСД)

1-тема: Введение. Краткая история общей и мед.психологии. Память и мнемические процессы в мед. практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

2-тема: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

3- тема: Ощущение, восприятие в мед. практике. Внимание, представления в мед. практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

4-тема: Мышление, речь в мед. практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

5-тема: Воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание в мед. практике

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

6-тема: Воля и деятельность, поведение в мед. практике.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

7-тема: Понятие о личности, развитие и особенности личности. Темперамент.

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

8-тема: Профессиональное общение в сестринской практике. Понятие о малых группах, психология общения

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

9-тема: Семейная психология в сестринской практике. Психология сестринской диагностики

1.1 Модель технологии обучения _____ стр.
_____ 1.2

Технокарта практического занятия _____ стр.

10-тема: Психогигиена и психопрофилактика в сестринской практике. Психотерапия в сестринской практике Основы реабилитации в сестринской

практике

1.1 Модель технологии обучения

стр.

1.2

Технокарта практического занятия

стр.

Предисловие

В процессе обучения медицинской психологии студент познает основные закономерности психологии лиц с соматическими и нервно-психическими заболеваниями, обучается использованию данных патопсихологического исследования в дальнейшей лечебно-диагностической практике.

Цель обучения: Научить студентов определению основных закономерностей психической деятельности больного и медработника, выработке навыков определения границы нормы и патологии психической деятельности, использования принципов деонтологии и психологического воздействия на личность больного.

Требования к знаниям, умениям и навыкам по медицинской психологии.

Студент должен знать:

- основные закономерности психической деятельности соматически и психически больного
- основные методы психологического исследования.
- основные принципы деонтологии

Студент должен уметь:

- выявить границы нормы и патологии психической деятельности
- использовать в диагностическом процессе данные патопсихологического исследования
- применять основные принципы деонтологии, психопрофилактики и психогигиены.
- использовать основные методы психологического воздействия на личность в лечебно-диагностическом процессе

Студент должен овладеть навыками:

- расспроса и беседы с больным и его родственниками
- определения структуры и степени психологических нарушений
- проведения основных экспериментально психологических методов исследования деятельности.
- использования принципов деонтологии во взаимоотношениях врач-больной, врач-медработник в медицинском коллективе.
- основных методов психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии.

Перечень учебных дисциплин и их разделов, необходимых для изучения медицинской психологии.

Обучение медицинской психологии базируется на знаниях и навыках, приобретенных студентом при прохождении всего курса общей психологии, нормальной физиологии ("физиология высшей нервной деятельности"), анатомии ("головной мозг"). Перечень заданий обязательного минимума при обучении медицинской психологии.

1. Написать конспект по заданной теме.

2. Проведение беседы с больным с соматическими и нервно-психическими заболеваниями,

3. Выявить жалобы и основные психологические отклонения от нормы.

4. Описать психологический статус больного и особенности его личности.

5. Провести патопсихологическое исследование с применением основных методик (методика самооценки, заучивание 10 слов, пиктограмма, таблицы Шульце, корректурная проба, простые и сложные аналогии, сравнение понятий, исключение лишнего)

6. Интерпретировать заключение патопсихологического исследования.

Количество контрольных мероприятий для оценки знаний студентов.

Студент при изучении медицинской психологии проходит контроль исходных знаний по основным темам интегрирующих учебных дисциплин. Усвоение нового материала ежедневно оценивается текущим контролем, цикл заканчивается промежуточным контролем. Итоговый контроль проводится заведующим кафедрой или доцентом в виде устного опроса на кафедре.

Применение современных технологий обучения.

При изучении медицинской психологии применяются обучающие тест-задания, ролевые игры и дискуссии ситуационные задачи, выполнение психологических методик на сокурсниках и больных.

Литература

1. Лекции

2. Жариков М.В. «Психиатрия» М. 2000 г.

3. Алимов Х.О. «Психиатрия клиникасининг мукаддимаси» Т. 1997й.

4. Хужаева Н.И. Шаюсупова А.У. «Психиатрия» Т. 1995 й.

5. Мурталибов Ш.А. «Справочник по психиатрии» Т. 1993 г.

6. Шамсиев З.С. Рустамбоев М.Х. «Наркология» Т. 2003 г.

Дополнительная литература

1. Снежневский А.В. «Руководство по психиатрии» Т 1,2. 1983 г.

2. Морозов Г.В. «Руководство по психиатрии» М. 1988 г.

3. Авруцкий Г.Я. «Лечение психических больных» М. 1981 г.

4. Снежневский А.В «Справочник по психиатрии» М. 1994 г.

5. Топольянская В.Д. «Психосоматические расстройства» М. 1986 г.

6. Карвасарский Б.Д. «Неврозы» М. 1980 г. 7. Линиц С.М. «Реактивные психозы»

8. Личко А.Д «Подростковая психиатрия» М. 1985 г. 9. Александровский Ю.А. «Пограничные психические расстройства» М. 1997 г. 10. Фридман Л.С. «Наркология» М. 1998 г. 11. Абу Али ибн Сино. «Тиб конунлари»

Содержание предмета медицинской психологии

№	Наименование темы	У чеб. часы
Лекции по мед.психологии для 1-курса факультета ВСД		
1- тема	Введение. Краткая история общей и мед.психологии. Память и мнемические процессы в мед. практике.	1 час
2- тема	Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике. Ощущение, восприятие, внимание, представления.	1 час
3- тема	Мышление, речь, воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание, воля и деятельность.	1 час
4- тема	Понятие о личности, развитие и особенности личности. Профессиональное общение в сестринской практике	1 час
5- тема	Семейная психология в сестринской практике. Понятие о малых группах	1 час
6- тема	Психогигиена, психопрофилактика, психотерапия и основы реабилитации в сестринской практике.	1 час
Итого:		6 часов

Практические занятия по мед.психологии для 1-курса факультета ВСД

№	Наименование темы	Уч
1-	Введение. Краткая история общей и мед.психологии.	2
2-	Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике.	2
3-	Ощущение, восприятие в мед. практике. Внимание,	2
4-	Мышление, речь в мед. практике.	2
5-	Воображение, интеллект в мед. практике. Сознание,	2
6- тема	Воля и деятельность, поведение в мед. практике.	2
7-	Понятие о личности, развитие и особенности личности.	2
8-	Профессиональное общение в сестринской практике.	2
9-	Семейная психология в сестринской практике.	2
10- тема	Психогигиена и психопрофилактика в сестринской практике. Психотерапия в сестринской практике Основы реабилитации в сестринской практике	2 ч.
Итого:		20

Самостоятельная работа по мед.психологии для 1-курса

№	Наименование темы	час
1- тема	Краткая история и развитие мед.психологии в странах Азии и Европы (также в Египте, Индии...)	3
2- тема	Основные виды расстройства памяти. Клинические методы исследования.	3
3- тема	Понятие об эго-, эгрото-, фамило-, дидакто-, иатрогениях.	3
4- тема	Основные виды расстройства эмоциональных состояний. . Клинические методы исследования.	4
5- тема	Основные виды первичного и вторичного расстройства мышления, речи, интеллекта. Клинические методы исследования.	4
6- тема	Клинические и параклинические методы исследования личностных особенностей.	4
7- тема	Методы исследования особенностей и межгрупповых состояний.	4
8-	Медико-психологические методы исследования семьи.	4
9-	Методы и вопросы психотерапии и реабилитации.	4
Итого:		32 ч.

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ (1-КУРС ФАК. ВСД)

1-тема: Введение. Краткая история общей и мед.психологии. Память и мнемические процессы в мед. практике.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
<p>План лекции:</p> <p>1. Ознакомление с целью и задачами тематики,</p> <p>2. Разъяснение тематики с точки зрения современной медицины</p> <p>3. Презентация тематических слайдов, мультимедии</p> <p>4. Заключительная часть</p>	<p>Краткая аннотация лекционного материала</p> <p>Предмет и задачи медицинской психологии. История и основные направления развития. Структура психической деятельности. Основные методы медицинской психологии. Ощущение и восприятие. Основные свойства. Границы нормы и патологии.</p> <p>Физиологические основы ощущения и восприятия. Пороги чувствительности. Избирательность, целостность, константность. Индивидуальные и возрастные особенности. Патологии: иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, сенестопатии, парестезии.</p> <p>Мышление, определение, понятие, суждения, умозаключения. Мыслительные операции, мышление врача. Индивидуальные и возрастные особенности. Особенности мышления и соматически и психически больных. Нарушения мышления и методы его исследования (методики: сравнения понятий, «4-ый лишний», простые и сложные аналогии, пиктограмма, классификация предметов и др.) Границы нормы и патологии. Нарушения мотивационной и операционной стороны мышления, нарушения критичности. Связь мышления с процессами памяти, восприятия, интеллекта, эмоций.</p>
Цель учебного занятия:	Выработка навыков выявления ведущих симптомов и синдромов сферы восприятия и ощущений
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

2-тема: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике. Ощущение, восприятие, внимание, представления.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	1-краткая аннотация лекционного материала Память. Внимание. Определение. Основные свойства. Классификация видов. Условия оптимального запоминания. Границы нормы и патологии. Нарушения памяти и внимания и их связь с нарушениями умственной работоспособности. Методы исследования нарушений памяти и внимания (таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба, запоминание 10 слов, пиктограмма и др.). Индивидуальные и возрастные особенности. Связь памяти и внимания с другими функциями психической деятельности. Интеллект. Определение. Основные свойства. Связь интеллекта с мышлением и другими функциями психической деятельности. Индивидуальные и возрастные особенности. Границы нормы и патологии. Нарушения интеллекта и методики их исследования. Снижения интеллектуальных возможностей, недоразвитие интеллекта. Методика Векслера, коэффициент интеллекта IQ, опосредованная оценка интеллекта при исследовании процессов мышления
Цель учебного занятия:	Цель. Современные представления о физиологических психологических, биохимических основах памяти. Основные количественные и качественные нарушения памяти.
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

3-тема: Мышление, речь, воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание, воля и деятельность.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной	1-краткая аннотация лекционного материала Сознание. Общественное и индивидуальное сознание. Определение, основные характеристики. Уровни сознания. Сознательная, подсознательная и бессознательная деятельность. Учение Фрейда. Теории психоанализа. 3 уровня личности -"ид" "эго" "супер-эго". Техника психоанализа (анализ сновидений, «свободных ассоциаций», оговорки и
Цель учебного занятия:	Цель. Исторический медицинский и психологический подход к научному определению «сознание». Изучить клинические варианты нарушения сознания. Синдромы выключение сознания. Критерии их различий.
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

4-тема: Понятие о личности, развитие и особенности личности.
 Профессиональное общение в сестринской практике.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
<p>План лекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть 	<p>1-краткая аннотация лекционного материала</p> <p>Личность, индивидуальность. Определение, структура личности. Темперамент, характер, направленность, отношения личности к людям, труду, к самому себе. Биологически и социально-детерминированные компоненты личности. Факторы, обуславливающие аномальное развитие личности - неправильное воспитание, социальные и микросоциальные условия. Патохарактерологическое развитие личности, как результат влияния биологических и социальных факторов на становление личности. Взаимоотношение врач-больной с учетом психологических особенностей личности больного.</p> <p>Психотерапия. Определение. История развития и основные направления: рациональная, суггестивная, гипнотерапия, психоанализ, индивидуальная, групповая психотерапия и аутотренинг.</p>
Цель учебного занятия:	Определение понятия. Общие признаки (критерии Ясперса)
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

5-тема: Семейная психология в сестринской практике. Понятие о малых группах

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	<p>1-краткая аннотация лекционного материала</p> <p>Органическое поражение мозга, как следствие перенесенной черепно-мозговой травмы, инфекционных и других нейротропных заболеваний. Нарастание в структуре личности черт истощаемости, эксплозивное™, снижение критичности контроля, забывчивость, ригидность, трудность перключаемости внимания. Снижение умственной работоспособности. Методы патопсихологического исследования с выявлением интеллектуального снижения, снижение механического запоминания, конкретность суждений, недостаточность критичности. Органическая деменция - лакунарная и тотальная. Взаимоотношения "врач-больной", "врач - родственники больного с органическим поражением головного мозга".</p> <p>Черты эмоциональной лабильности, неустойчивости, недостаточность воли и самостоятельности, умения прогнозировать, внушаемость и подчиняемость, ориентиры на более легкий путь выхода из кризисной ситуации, эмоциональная зависимость - преморбидные черты личности больных алкоголизмом. В динамике заболевания нарастания безответственности, лживости, отсутствие морально-этических норм, нравственных критериев, социально-приемлимых границ.</p> <p>Черты социального инфантилизма, беспечность, неумение прогнозировать, подчиняемость законам группы, недостаточность воли и самостоятельности, размытые границы морально-нравственных установок - преморбидные черты больных наркоманией.</p>
Цель учебного занятия:	Вопросы трудовой, военной и судебной экспертизы. Реабилитация больных шизофренией
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

6-тема: Психогигиена, психопрофилактика, психотерапия и основы реабилитации в сестринской практике.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия - 1 час	Кол-во студентов: 20-40
Форма занятия	Информационно-вводная лекция
План лекции: 1. ознакомление с целью и задачами тематики, 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	1-краткая аннотация лекционного материала Варианты отношения больного соматическим заболеванием на факт заболевания: адекватное, ипохондрическое, нигилистическое, игнорирующее, нозофобное, нозофиль-ное (при утилитарной личной выгоде). Изменения личности в динамике болезни - появление черт повышенной тревожной мнительности, эгоистичности, истощаемости, сенситивности. Сужение круга интересов, изменение образа жизни, эмоциональная зависимость от врача и медперсонала. Невротическое ипохондрическое развитие личности при хронически протекающих заболеваниях. Личностные реакции на снижение определенной функции, потерю органа, психологическая подготовка к летальному исходу. Взаимоотношения "врач-больной", "врач - родственники больного с соматическими заболеваниями" Геронтологическая практика показывает необходимость считаться с личностными особенностями лиц преклонного возраста. Климактерический период особенно у женщин заостряет черты эмоциональной неуравновешенности, ипохондричности. Вегето-сосудистые расстройства в период гормональной перестройки изменяют личность, повышая уровень тревожности, склонность к пессимистическому восприятию, усиливая сенситивность, мнительность.
Цель учебного занятия:	Изучить основные методы применения и диапазон клинического действия. Показания, противопоказания, побочные действия, осложнения. Курсовая и поддерживающая терапия.
Метод преподавания	Наглядная лекция
Формы преподавания	Массовая
Средства преподавания	Учебник. Лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.

1.2. 1-тема: Введение. Краткая история общей и мед.психологии. Память и мнемические процессы в мед. практике.

Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3- заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

2-тема: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике. Ощущение, восприятие, внимание, представления.

1.2 Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3- заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

3-тема: Мышление, речь, воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание, воля и деятельность.

Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3- заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

4-тема: Понятие о личности, развитие и особенности личности. Профессиональное общение в сестринской практике. 1.2 Технологическая карта лекционного занятия		
Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3- заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

5-тема: Семейная психология в сестринской практике. Понятие о малых группах		
1.2 Технологическая карта лекционного занятия		
Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3- заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

6-тема: Психогигиена, психопрофилактика, психотерапия и основы реабилитации в сестринской практике.

1.2 Технологическая карта лекционного занятия

Этапы и продолжительность занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этап подготовки	1. Подготовка учебной тематики. 2. Подготовка презентации слайдов по теме 3. Разработка перечня используемой литературы	
1. Введение (5 мин)	Ознакомление целью и задачами лекционной темы	Слушают
2 – основной этап (35 мин)	1. Разъясняет тему, представляет презентацию слайдов 2. Пользуется наглядными плакатами	Слушают
3- заключительная часть (5 мин)	Заключение	Слушают

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ (1-КУРС)

1-тема: Введение. Краткая история общей и мед. психологии.

Память и мнемические процессы в мед. практике

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Предмет и задачи медицинской психологии. История и основные направления развития. Структура психической деятельности. Основные методы медицинской психологии. Ощущение и восприятие. Основные свойства. Границы нормы и патологии. Физиологические основы ощущения и восприятия. Пороги чувствительности. Избирательность, целостность, константность. Индивидуальные и возрастные особенности. Патологии: иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, сенестопатии, парестезии
Цель занятия:	Изучить основные расстройства сферы ощущения и восприятия
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

2-тема: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике.	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация темы Память. Внимание. Определение. Основные свойства. Классификация видов. Условия оптимального запоминания. Границы нормы и патологии. Нарушения памяти и внимания и их связь с нарушениями умственной работоспособности. Методы исследования нарушений памяти и внимания (таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба, запоминание 10 слов, пиктограмма и др.). Индивидуальные и возрастные особенности. Связь памяти и внимания с другими функциями психической деятельности. Интеллект. Определение. Основные свойства. Связь интеллекта с мышлением и другими функциями психической деятельности. Индивидуальные и возрастные особенности. Границы нормы и патологии. Нарушения интеллекта и методики их исследования. Снижения интеллектуальных возможностей, недоразвитие интеллекта. Методика Векслера, коэффициент интеллекта IQ, опосредованная оценка интеллекта при исследовании процессов мышления.
Цель занятия:	Изучить расстройства памяти, интеллекта, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

3- тема: Ощущение, восприятие в мед. практике. Внимание, представления в мед. практике.

1.1. Модель технологии обучения

Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной	Краткая аннотация темы Сознание. Общественное и индивидуальное сознание. Определение, основные характеристики. Уровни сознания. Сознательная, подсознательная и бессознательная деятельность. Исследование психической деятельности в психологии. Патопсихология. Определение задачи. Основы
Цель занятия:	Изучить расстройства сознания, обосновать предварительный синдромальный диагноз.
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

4- тема: Мышление, речь в мед. практике	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация темы Мышление, определение, понятие, суждения, умозаключения. Мыслительные операции, мышление врача. Индивидуальные и возрастные особенности. Особенности мышления и соматически и психически больных. Нарушения мышления и методы его исследования (методики: сравнения понятий, «4-ый лишний», простые и сложные аналогии, пиктограмма, классификация предметов и др.) Границы нормы и патологии. Нарушения мотивационной и операционной стороны мышления, нарушения критичности. Связь мышления с процессами памяти, восприятия, интеллекта, эмоций.
Цель занятия:	Изучить расстройства личности, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

5- тема: Воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание в мед. практике	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3. Презентация тематических слайдов, мультимедии 4. заключительная часть	Краткая аннотация темы Психические нарушения при интракраниальных инфекциях (первичные и вторичные энцефалиты, менингоэнцефалиты, сифилис мозга, абсцессы мозга и т.д.): 1. неврозоподобная симптоматика - вегето-сосудистые кризы, диэнцефальные приступы, пароксизмы фобических расстройств, повышенная тревожность, мнительность, ригидность с определенным укладом жизни (не переносят одиночества, постоянно обследуются у врачей и т.д.). 2. психотические расстройства: на высоте интоксикации, лихорадки - острые состояния помрачения сознания: делирий, аменция, сумеречное расстройство, реже омейроид; аффективно- бредовые расстройства. В отдаленном периоде после тяжелых поражений головного мозга инфекционного генеза развиваются: психоорганический синдром, психопатизация личности, деменция. Личность больных изменяется, появляются либо черты торпидности, ригидности, либо повышенная эксплозивность, нетерпимость к замечаниям, снижается критика с развитием деменции, личность распадается при прогрессивном параличе до уровня маразма. Сочетанное ведение больных невропатологом и психоневрологом. Социальные меры помощи. Взаимоотношения "врач-больной", "врач - родственники больного
Цель занятия:	Изучить особенности шизофрении, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

6- тема: Воля и деятельность, поведение в мед. практике	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3 Презентация	Краткая аннотация темы В старческом возрасте изменение структуры личности идет в плане утрирования личностных черт, доводя их до гротескности. Степень выраженности личностных изменений соотносится с интенсивностью интеллектуально-мнестических расстройств и распадом ядра личности. Низкий уровень адаптационных возможностей формирует у лиц старческого возраста особые щадящий образ жизни среди привычных вещей, отношений и других жизненных стереотипов.
Цель занятия:	Изучить основные методы лечения, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

7- тема: Понятие о личности, развитие и особенности личности. Темперамент	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3 Презентация	Краткая аннотация темы В старческом возрасте изменение структуры личности идет в плане утрирования личностных черт, доводя их до гротескности. Степень выраженности личностных изменений соотносится с интенсивностью интеллектуально-мнестических расстройств и распадом ядра личности. Низкий уровень адаптационных возможностей формирует у лиц старческого возраста особые щадящий образ жизни среди привычных вещей, отношений и других жизненных стереотипов.
Цель занятия:	Изучить основные методы лечения, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

8- тема: Профессиональное общение в сестринской практике. Понятие о малых группах, психология общения	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3 Презентация	Краткая аннотация темы В старческом возрасте изменение структуры личности идет в плане утрирования личностных черт, доводя их до гротескности. Степень выраженности личностных изменений соотносится с интенсивностью интеллектуально-мнестических расстройств и распадом ядра личности. Низкий уровень адаптационных возможностей формирует у лиц старческого возраста особые щадящий образ жизни среди привычных вещей отношений и других жизненных стереотипов
Цель занятия:	Изучить основные методы лечения, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

9- тема: Семейная психология в сестринской практике. Психология сестринской диагностики	
1.1. Модель технологии обучения	
Время занятия - 2 ч.	Кол-во студентов: 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3 Презентация	Краткая аннотация темы В старческом возрасте изменение структуры личности идет в плане утрирования личностных черт, доводя их до гротескности. Степень выраженности личностных изменений соотносится с интенсивностью интеллектуально-мнестических расстройств и распадом ядра личности. Низкий уровень адаптационных возможностей формирует у лиц старческого возраста особые щадящий образ жизни среди привычных вещей отношений и других жизненных стереотипов
Цель занятия:	Изучить основные методы лечения, обосновать предварительный синдромальный диагноз
Метод преподавания	Разъяснение темы, демонстрация тематического больного
Формы преподавания	Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного
Средства преподавания	Учебник, лекционный материал, компьютер
Условия преподавания	Методически оснащенная аудитория.
Мониторинг и оценка	Приложение №1

<p>10- тема: Психогигиена и психопрофилактика в сестринской практике. Психотерапия в сестринской практике Основы реабилитации в сестринской практике</p> <p>1.1. Модель технологии обучения</p>	
<p>Время занятия - 2 ч.</p>	<p>Кол-во студентов: 8-10</p>
<p>Форма занятия</p>	<p>Практическое занятие</p>
<p>План: 1. ознакомление с целью и задачами тематики 2. разъяснение тематики с точки зрения современной медицины 3 Презентация</p>	<p>Краткая аннотация темы В старческом возрасте изменение структуры личности идет в плане утрирования личностных черт, доводя их до гротескности. Степень выраженности личностных изменений соотносится с интенсивностью интеллектуально-мнестических расстройств и распадом ядра личности. Низкий уровень адаптационных возможностей формирует у лиц старческого возраста особые щадящий образ жизни среди привычных вещей отношений и других жизненных стереотипов</p>
<p>Цель занятия:</p>	<p>Изучить основные методы лечения, обосновать предварительный синдромальный диагноз</p>
<p>Метод преподавания</p>	<p>Разъяснение темы, демонстрация тематического больного</p>
<p>Формы преподавания</p>	<p>Устный опрос, закрепить тему (интерактивный метод), курация тематического больного</p>
<p>Средства преподавания</p>	<p>Учебник, лекционный материал, компьютер</p>
<p>Условия преподавания</p>	<p>Методически оснащенная аудитория.</p>
<p>Мониторинг и оценка</p>	<p>Приложение №1</p>

1-тема Введение. Краткая история общей и мед.психологии. Память и мнемические процессы в мед. практике

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1.Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (70 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Что изучает предмет мед.психологии? - задачи и направления предмета - перечислите методы психологического исследования 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами, мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Краткая история и развитие мед.психологии в странах Азии и Европы (также в Египте, Индии...) 3. Домашнее задание: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике	Слушают Записывают Записывают

По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить **общую и частную** медицинскую психологию.

Общая медицинская психология изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.

2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.

3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.

4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.

5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.

6. Общую психотерапию.

Частная медицинская психология изучает конкретного больного, а именно:

- 1) особенности психических процессов у психических больных;
- 2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;
- 3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);
- 4) психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);
- 5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
- 6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;
- 7) частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

Патопсихология изучает, по определению Б. В. Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Из всего объема медицинской психологии в данном пособии основное внимание будет уделено **патопсихологии**. Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основным методом психопатологии – клинико-описательный.



Изучая восприятие, мы много раз отмечали роль прошлого опыта. Она выражается, во-первых, в узнавании, которое, как мы знаем, имеется во всяком осмысленном восприятии, а во-вторых, в воспроизведении представлений, всегда присоединяющихся к ощущениям в процессе восприятия.

Это отражение прошлого опыта, проявляющееся в узнавании и воспроизведении, называется памятью

Узнавание – это то проявление памяти, которое обычно связано с восприятием. Что же касается воспроизведения, то оно может происходить и вне процесса восприятия. Я закрываю глаза и воспроизвожу представление знакомого лица. Я могу сказать наизусть стихотворение; пианист может сыграть наизусть знакомую ему пьесу. Я могу кратко рассказать содержание предшествующей главы этого учебника. Всё это разные случаи воспроизведения.

Необходимым условием узнавания и воспроизведения является запоминание и последующее сохранение того, что я воспринял, думал, чувствовал или делал. Если я узнаю на улице знакомого человека, значит я запомнил его лицо и оно сохранилось у меня в памяти. Если я могу сказать наизусть стихотворение, значит я запомнил его дословно. Если я могу рассказать главу из учебника, значит я запомнил её содержание.

3

Запоминание, сохранение, воспроизведение и узнавание – это основные процессы памяти. Запоминание является условием или предпосылкой сохранения в памяти, а воспроизведение и узнавание – результатом или обнаружением того, что данный объект сохранился в памяти.

Итак, память заключается в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении или узнавании того, что мы раньше воспринимали, переживали или делали.

АССОЦИАЦИИ И СМЫСЛОВЫЕ СВЯЗИ

3

Вспомнивая какие-либо представления, мысли, слова, чувства, движения, мы всегда

запоминаем их в определенной связи друг с другом. Без установления тех или других связей невозможно ни запоминание, ни узнавание, ни воспроизведение.

В самом деле. Что значит запомнить какое-нибудь стихотворение? Это значит ряд слов в определённой связи, в определенной последовательности. Когда человек учит наизусть стихотворение Лермонтова «На смерть поэта», он старается запомнить вовсе не отдельные слова сами по себе: «погиб», «поэт», «невольник» и т.д., - эти слова он знает и без того; он старается запомнить последовательность этих слов, стремится образовать между ними такую связь, чтобы слова «погиб поэт» вызывали в сознании следующие за ними слова «невольник чести».

Что значит запомнить какое-нибудь иностранное слово, например французское слово «la table»? Это значит установить прочную связь между этим словом и тем предметом, который оно обозначает, или русским словом «стол». Если я знаю слово «la table», то, слыша его или видя его напечатанным, я думаю о столе, и наоборот: при виде стола или русского слова «стол» у меня в сознании появляется французское слово «la table».

Что значит, наконец, когда кто-нибудь говорит: «Я прекрасно запомнил лицо такого-то человека и всегда могу его узнать»? Это значит, что образовалась прочная связь между лицом этого человека и его именем (или другими признаками, характеризующими его), так что при виде этого человека вспоминается его имя.

Таким образом, в основе деятельности памяти всегда лежат те или другие связи. Запоминание есть связывание. Запомнить какой-нибудь объект – значит связать его с какими-либо другими объектами.

Связи эти бывают двух родов: внешние связи, или ассоциации, и внутренние, или смысловые, связи.

Если какие-нибудь объекты воспринимаются, представляются или мыслятся одновременно или непосредственно друг за другом, то между ними образуется связь и впоследствии восприятие или представление одного из них может вызвать в сознании и другие. Эта закономерность называется законом ассоциации.

Образование ассоциаций определяется не содержанием тех объектов, между которыми они образуются, не смыслом их, а только тем фактом, что они находились в сознании одновременно или непосредственно друг за другом. Ассоциация – это связь не по смыслу, а, как говорят, «по смежности». Поэтому ассоциации можно назвать внешними связями.

Мой знакомый, по фамилии Григорьев, сообщает мне номер своего телефона: 3- 72 -15. Совершенно очевидно, что никакого смысла в этой последовательности цифр нет и что нельзя найти осмысленные связи между моим знакомым и данным номером. Чтобы запомнить этот телефонный номер, я должен несколько раз повторить мысленно: «Телефон Григорьева 3-72-15», с тем чтобы у меня образовались соответствующие ассоциации.

От ассоциаций надо отличать внутренние, или смысловые, связи. Это такие связи в основе которых лежит осознание нами того, что соответствующие объекты связаны друг с другом по существу, по содержанию. Если я осознаю, что одно событие явилось причиной другого, то они объединяются между собой в моей памяти смысловой связью. Если я знаю, что два признака являются симптомами одной болезни (например, боль в горле и сыпь – симптомы скарлатины), то между ними может образоваться смысловая связь.

Смысловые связи являются главной опорой для нашей памяти; их мы запоминаем лучше всего. В этом заключается одна из важнейших закономерностей памяти.

МЕХАНИЧЕСКАЯ И СМЫСЛОВАЯ ПАМЯТЬ

Если запоминание и воспроизведение основываются главным образом на ассоциациях, то говорят о механической памяти; если же в основе их лежат главным образом смысловые связи, говорят о смысловой памяти.

Основное условие механического запоминания – повторение; чем больше число повторений, тем крепче ассоциации. Основное условие смыслового запоминания – понимание; чем лучше я понял какой-нибудь текст, тем больше, значит, я осознал в нем смысловых связей.

И механическая и смысловая память имеют огромное значение в психической жизни человека. При рассказах о случайно замеченных и непроизвольно запомнившихся событиях – на первый план выступает смысловая память, а механическая не играет почти никакой роли. В других случаях, например при запоминании номера телефона, номера дома, квартиры и т.п., основная роль принадлежит механической памяти, а смысловая отступает на задний план. Но в большинстве тех случаев, когда перед нашей памятью стоят ответственные и более или менее трудные задачи, она должна опираться и на смысловые связи и на ассоциации. Особенно ярко это сказывается в учебной работе.

Возьмем в качестве примера заучивание наизусть стихотворения. Совершенно очевидно, что одними смысловыми связями обойтись при этом нельзя. Чисто смысловая память дала бы возможность воспроизвести содержание стихотворения, его основные мысли и образы, но не обеспечила бы знания его наизусть. Последние требуют прочных ассоциаций между словами стихотворений, требуют того, чтобы каждое слово в стихотворении немедленно вызывало в сознании следующее слово и чтобы это происходило «само собой», без всяких размышлений, соображений и обдумывания.

Но, с другой стороны, было бы очень неразумно пытаться заучить стихотворение с помощью одной лишь механической памяти. Специальные опыты показали, что стихотворение заучивается гораздо скорее и запоминается гораздо прочнее, чем одинаково длинный ряд бессмысленных слов: если для заучивания стихотворения, состоящего из 80 слов, требуется 8 повторений, то для заучивания 80

бессмысленных слогов – около 80 повторений, т.е. в 10 раз больше. В чем причина этого различия? В том, что заучивание бессмысленных слогов осуществляется с помощью одной лишь механической памяти, тогда как при заучивании стихотворения большую роль играет также и смысловая память. И чем больше участие этой последней, тем легче выучиваются стихотворение и тем прочнее оно удерживается в памяти.

3

апоминание собственных имен и всякого рода числовых данных является прежде всего делом механической памяти. Но и здесь следует стараться всякий раз, когда это возможно, привлекать на помощь смысловые связи.

ЗАПОМИНАНИЕ

3

апоминание может быть произвольным и произвольным.

При произвольном запоминании мы не ставим себе специальной цели запомнить и не производим для этого никаких усилий. Запоминание происходит независимо от нашего намерения, как бы «само собой». Так запоминается главным образом то, что нас живо интересует или вызывает в нас сильное и глубокое чувство. «Я никогда этого не забуду», - говорим мы по поводу какого-нибудь события, произведшего на нас исключительно большое впечатление.

3

начительная часть ярких жизненных воспоминаний, имеющих у каждого человека, является результатом произвольного запоминания. Такие воспоминания могут быть очень прочными; некоторые произвольно запечатлевшиеся воспоминания детства сохраняются в течение всей жизни.

Но как бы ни были ярки и прочны такие воспоминания, они все же имеют эпизодический и случайный характер. Они не могут образовать систематических знаний в какой бы то ни было области. Всякая деятельность требует, чтобы человек запомнил множество таких вещей, которые сами собой не запоминаются. Необходимо произвольное, преднамеренное, сознательное запоминание. Если произвольное запоминание имеет характер специально организованной работы, связанной с применением определенных приемов для наилучшего усвоения знаний, оно называется заучиванием.

Сейчас мы должны познакомиться с теми условиями, от которых зависит успешность заучивания, с теми приемами, которыми мы пользуемся, чтобы добиться возможно лучшего запоминания.

Первое условие успешности заучивания – установка на запоминание: надо ставить перед собой задачу запомнить и этой задаче подчинять всю организацию работы. Доказано разнообразными опытами, что, если человек не ставит себе цели запомнить, он может много раз прочесть какой-нибудь текст, не удержав почти ничего в памяти. Но как только он узнает, что «надо запомнить», он более или менее быстро выучивает этот текст.

Доказано также, что прочность запоминания зависит от того, ставит ли себе человек задачу запомнить надолго или запомнить на короткий срок. В одном исследовании учащимся предложили заучить два одинаковых по трудности отрывка и при этом сказали, что первый отрывок надо будет ответить на следующий день, а второй через неделю. На самом деле проверку знания обоих отрывков произвели через две недели. Оказалось, что второй отрывок учащиеся воспроизвели значительно лучше; сознание, что его надо запомнить на более долгий срок, обеспечило более прочное запоминание.

Если человек ставит себе цель запомнить что-нибудь «до завтра», прочность запоминания будет совсем другой, чем в том случае, когда он стремится запомнить «навсегда».

Другое важнейшее условие успешности запоминания – активное отношение к процессу заучивания, которое невозможно без напряженного внимания. Для запоминания полезнее два раза прочесть текст с полным сосредоточением внимания, чем десять раз перечитывать его невнимательно. Именно поэтому попытки заучить что-нибудь в состоянии сильного утомления, когда не удается как следует сосредоточить внимание, являются напрасной тратой времени.

Самый плохой и неэкономный способ заучивания – механически перечитывать текст, который надо заучить, в ожидании, пока он сам запомнится. В противоположность этому разумное и экономное заучивание является активной работой над текстом, при которой используется целый ряд приемов, ведущих к лучшему запоминанию.

Первым этапом этой работы является изучение текста с целью возможно лучше понять его и найти в нем возможно больше опор для смысловой памяти. Для этого надо подвергнуть текст специальной обработке: мысленно разбить его на «смысловые куски» и в каждом таком куске найти «смысловые опорные точки» или «вехи», т.е. отдельные слова, предложения, образы, которые выражают «суть» данного куска, являются как бы его заголовками. Далее нужно установить связи между этими кусками, осознать, почему они располагаются именно в таком, а не в каком-нибудь другом порядке. Результат этой мысленной обработки текста полезно бывает оформить письменно, в виде плана или конспекта.

Очень важно, чтобы план этот и с внешней стороны был максимально четким, ясным и упорядоченным и даже при беглом взгляде на него давал отчетливую схему содержания. Хаотический и беспорядочный вид плана может внести хаос и беспорядок и в запоминаемый материал, а это самое вредное для работы памяти.

Результатом такой обработки текста должно быть не только составление (мысленно или на бумаге) плана его, но и выделение в нем наиболее существенного, того, что надо запомнить в первую очередь; остальное должно временно отодвигаться на задний план и заучиваться лишь после того, как прочно усвоен основной смысловой каркас текста.

Таким образом, первый этап заучивания – не простое чтение текста, а специальная обработка его. Этим объясняется, что огромное большинство людей лучше запоминают, когда имеют возможность сами читать текст, чем когда слушают чужое чтение: при слушании невозможно производить эту обработку, и человек вынужден ограничиваться пассивным восприятием.

Когда произведено изучение текста, надо переходить ко второму этапу, который должен состоять в попытках воспроизводить текст, чередующихся с повторными чтениями этого текста. Учим ли мы наизусть стихотворение, или перед нами стоит задача, не требующая дословного запоминания (как бывает обычно при работе с учебниками), всё равно надо как можно раньше начинать попытки воспроизводить текст. Непроизводительный способ заучивания – ограничиваться только чтением до тех пор, пока не возникнет уверенность в том, что текст выучен.

После каждой попытки воспроизведения нужно сейчас же обращаться к тексту и снова перечитывать его, устанавливая, удалось воспроизвести правильно. Такое перечитывание, преследующие цели активного самоконтроля, сильно отличается от простого повторного чтения, не связанного с попытками воспроизведения.

После того как материал выучен, т.е. когда удастся правильно и полно воспроизвести его, начинается третий этап – закрепление путем повторений.

Исследования памяти показывают, что запоминание осуществляется скорее и бывает более прочным, когда повторения не следуют друг за другом непосредственно, а разделяются более или менее значительными промежутками времени. В одном из исследований оказалось, например, что для выучивания стихотворения потребовалось 16 повторений, если все эти повторения следовали непосредственно одно за другим в один прием, и всего лишь 8 повторений, когда делалось по два повторения в день.

Эту закономерность можно сформулировать так: распределение повторений во времени повышает эффективность запоминания.

Отсюда следует, что с точки зрения легкости и прочности заучивания очень невыгодна спешная подготовка к экзаменам или выучивание уроков «в последнюю минуту», так как в этих случаях никакое распределение повторений невозможно.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ

Воспроизведение, так же как и запоминание, бывает произвольным и произвольным. При произвольном воспроизведении те или другие представления, мысли, слова вспоминаются сами собой, без всякого сознательного намерения с нашей стороны. Причиной произвольного воспроизведения могут быть ассоциации. Встретив в газете название малоизвестного города, я неожиданно для себя вспоминаю одного своего знакомого. Дело в том, что знакомый этот проживал одно время в данном городе, и название последнего тесно связалось для меня с именем этого знакомого.

Нередко причиной произвольного воспоминания о каком-нибудь предмете является его внешнее или внутреннее сходство с тем, что мы в данный момент воспринимаем. В таких случаях говорят о воспроизведении на основе связей по сходству. Случайная встреча на улице с незнакомым человеком заставляет меня вспомнить о старом товарище, которого я не вспоминал уже много лет; причиной этого является бросившееся мне в глаза сходство между этим товарищем и встретившимся человеком.

Яркий пример воспоминания на основе внутреннего сходства дает начало «Хаджи Мурата»: изображение сломанного куста репейника, называемого «татаринном», который по внутреннему сходству (огромная сила жизни, энергия, упорство) напомнил Толстому знаменитого в своё время вождя горцев. Этот образ не является только художественным приёмом. В дневнике Толстого имеется запись, говорящая о том, что именно так зародилась у него мысль написать повесть о Хаджи Мурате. 18 июля 1896 года, проходя по полю, он, действительно, увидел сломанный куст «татарина». «Напомнил Хаджи Мурата, - записывает Толстой в дневнике, - хочется написать. Отстаивает свою жизнь до последнего и один среди всего поля, хотя как-нибудь, да отстоял её».

Особый случай непроизвольного воспроизведения – появление в сознании персеверирующих образов. Так называются те навязчивые образы, которые с чрезвычайной живостью всплывают в сознании после длительного восприятия однородных впечатлений или после восприятия, хотя и краткого, но оказавшего сильное эмоциональное действие. Всякий человек, ходивший когда-либо за грибами, знает, что когда ложишься спать после нескольких часов собирания грибов, то, как только закроешь глаза, представляешь себе с необыкновенной живостью лесную траву, сухие листья, гриб, высывающийся из-под листьев, и т.д.

В отличие от всех этих случаев, при произвольном воспроизведении мы вспоминаем что-либо в результате сознательного намерения. Иногда такое воспроизведение осуществляется совершенно легко и не требует с нашей стороны никаких усилий. Чтение наизусть хорошо известного стихотворения или рассказа о только что наблюдавшемся нами происшествии – примеры произвольного воспроизведения, осуществляющегося без всяких усилий. В других случаях воспроизведение связано с большими или меньшими затруднениями. Нам не удастся сразу назвать нужную фамилию, вспомнить хронологическую дату или произнести «высочившую из памяти» строчку стихотворения. Мы должны припомнить их. Припоминанием называется сознательное воспроизведение, связанное с преодолением известных затруднений и требующее усилий и старания.

Было бы ошибкой думать, что трудность представляет только запоминание, а припоминание однажды выученного осуществляется само собой. Это совсем не так. Уметь припоминать едва ли многим легче, чем уметь запоминать. И оба эти умения одинаково важны. Какую пользу извлечёт человек из богатого запаса знаний, если он не умеет в нужную минуту припомнить того немногочисленного из этого запаса знаний, что в данный момент требуется?

Припоминая, мы пользуемся очень разнообразными приёмами. Укажем на некоторые из них. Большую пользу в процессе припоминания оказывает намеренное использование ассоциаций: мы воспроизводим разного рода обстоятельства, непосредственно связанные с тем, что надо припомнить, в расчёте на то, что они по ассоциации вызовут в сознании забытое. Припоминая, куда мы положили пропавший ключ, мы стараемся возможно отчётливее представить себе, где мы стояли и что делали в тот момент, когда, по нашим предположениям, в последний раз держали его в руках. Припоминая имя и отчество писателя,

стараясь представить себе обложку книги с его инициалами. Урок в школе, на котором говорилось о нем, и т.д.

Другой приём припоминания опирается на узнавание. Стараясь, например, припомнить забытое отчество человека, мы быстро произносим его имя в соединении с различными отчествами – «Петр Александрович», «Петр Алексеевич», «Петр Андреевич», «Петр Антонович», рассчитывая на то, что, попав случайно на правильное отчество, мы сразу узнаем его, испытав «чувство знакомости».

ВИДЫ И ТИПЫ ПАМЯТИ

Чтобы охарактеризовать память какого-нибудь человека, недостаточно сказать, что она плохая или хорошая. Всякому известно, что память может быть хорошей по отношению к одним объектам и плохой по отношению к другим. Некоторые лица имеют прекрасную память на числа, но всю жизнь страдают от плохой памяти на лица. Другие, обладая хорошей памятью на лица, испытывают постоянные затруднения с припоминанием имен и фамилий. Третьи с чрезвычайной лёгкостью запоминают стихи, но должны тратить массу усилий для запоминания математических формул.

Принимая во внимание, что именно запоминается и воспроизводится, говорят о разных видах памяти. Одним из видов памяти можно, например, назвать двигательную память, выражающуюся в запоминании двигательных навыков (катанье на коньках, езда на велосипеде, плавание и т.д.). Другим примером может служить слуховая память, выражающаяся в воспроизведении слуховых представлений; она имеет важнейшее значение при занятиях музыкой; немалую роль играет она при изучении иностранных языков.

У всякого нормального человека имеются, конечно, все виды памяти, но роль их обычно бывает различной. Если у человека двигательная память особенно высоко развита и преобладает над всеми другими видами. То мы говорим, что память этого человека принадлежит к двигательному типу. Если главную роль играет у него слуховая память, то мы относим его память к слуховому типу.

Таким образом, видами памяти мы называем отдельные стороны или проявления памяти, имеющиеся - хотя и в разной степени у каждого человека. О типах же памяти мы говорим, имея в виду индивидуальные особенности памяти людей, зависящие от преобладания определенных видов.

Мы не будем давать полного перечня всех возможных видов и типов памяти, а ограничимся рассмотрением некоторых наиболее важных.

а) Образная и словесно-логическая память

Некоторые люди склонны запоминать главным образом наглядные образы предметов и событий (образная память), другие же запоминают по преимуществу мысли, выраженные в словах (словесно-логическая память). Вспоминая содержание прочитанной книги, люди первого типа мысленно видят перед собой действующих лиц, картины природы, отдельные сцены рассказа, люди же второго типа прежде всего вспоминают основные мысли книги, внутреннюю связь событий, наиболее интересные словесные формулировки.

Образная память теснейшим образом связана с воображением, тогда как словесно-логическая память – с мышлением. Самых ярких представителей образного типа памяти можно найти среди деятелей искусства: художников, писателей, актеров, тогда как словесно-логическую память чаще можно встретить среди учёных, мыслителей, философов.

б) З р и т е л ь н а я , с л у х о в а я и д в и г а т е л ь н а я п а м я т ь

При запоминании и воспроизведении одного и того же материала одни люди опираются главным образом на зрительные представления (зрительная память), другие – на слуховые представления (слуховая память), третьи – на движения (двигательная память).

Эти различия сказываются при запоминании самого различного материала. Желая запомнить номер телефона, человек зрительного типа старается представить его себе написанным или напечатанным, человек слухового типа произносит его вслух и старается представить себе, «как он звучит», человек двигательного типа произносит его, безразлично вслух или про себя (запоминание речевых движения), или пишет его на бумажке, или хотя бы в воздухе (запоминание движения письма).

Представитель чистых типов встречаются не часто. Очень многие люди пользуются по преимуществу двумя из указанных видов памяти, например слуховым и двигательным (слухо-двигательный тип), другие – всеми тремя в равной степени (смешанный тип).

в) Э м о ц и о н а л ь н а я п а м я т ь

Эмоциональная память выражается в запоминании и воспроизведении чувств.

Вспоминая прошлые события нашей жизни, мы не только воспроизводим зрительные образы людей и обстановки, слова, произносившиеся нашими собеседниками, мысли, вызванные в нас этими словами; иногда при таких воспоминаниях в нас оживают и пережитые раньше чувства. Встреча с человеком, который сам по себе безразличен для нас, но с которым связано воспоминание об очень радостном событии нашей жизни, может окрасить весь день в радостное настроение. Мы можем бледнеть при одном воспоминании о давно пережитом страхе или краснеть при простом упоминании о поступке, который в своё время вызвал острое чувство стыда.

Эмоциональная память является важным условием душевного роста человека. Тот, кто бесследно забывал бы чувство радости и удовлетворения, сопровождавшее совершение благородного поступка, так же как и чувство стыда, вызванное дурным поступком, тот человек имел бы слабое побуждение к новому совершению благородных дел и к воздержанию от дурных.

Значение эмоциональной памяти заключается, кроме того, и в том, что она увеличивает богатство и разнообразие эмоциональной жизни: источником чувств становится не только настоящее, но и прошедшее.

КАЧЕСТВА ПАМЯТИ

В предыдущем параграфе мы говорили о том, что нельзя характеризовать память человека просто как плохую или хорошую, потому что она может быть различной по отношению к разным объектам. Теперь мы должны внести дальнейшее

уточнение в этот вопрос. Даже имея в виду определённые объекты, недостаточно ещё сказать про память, что она хорошая или плохая. Она может быть хорошей в одном отношении и плохой в другом. По отношению, например, к историческим фактам память какого-нибудь человека может отличаться большой прочностью сохранения и в то же время быть недостаточно точной.

Характеризуя память человека, надо различать отдельные качества её. Наиболее важны из них следующие:

1. **Быстрота запоминания.** Одному человеку, чтобы запомнить какой-нибудь материал, нужно долго и прилежно работать, тогда как другой запоминает этот же материал очень быстро. Это качество памяти больше всего бросается в глаза, и поэтому многие склонны оценивать память главным образом с точки зрения быстроты запоминания. Такая оценка, однако, несправедлива. Быстрота запоминания сама по себе не имеет решающего значения; она приобретает ценность лишь в соединении с другими качествами памяти.

2. **Прочность сохранения.** Запомнив что-либо, одни люди надолго удерживают это в памяти, другие – быстро забывают («короткая память»). Различия между людьми в этом отношении не меньше, чем в отношении быстроты запоминания.

Возможны различные взаимоотношения между этими двумя качествами памяти. Экспериментальные исследования показывают, что большая быстрота запоминания чаще бывает связана с прочным сохранением: кто скоро запоминает, тот и помнит долго. Наблюдаются, однако, и обратные случаи: некоторые из быстро запоминающих людей столь же быстро и забывают, тогда как некоторые медленно заучивающие надолго удерживают в памяти то, что они однажды заучили.

3. **Точность памяти.** Она характеризуется отсутствием искажений, пропусков чего-либо существенного и субъективных дополнений. Точность – одно из важнейших качеств памяти, требующее к себе особенного внимания.

Если отдать себе ясный отчет в том, какое значение имеет точность воспроизведения во многих областях жизни, например в боевой обстановке, становится ясным, насколько необходимо каждому человеку работать над повышением точности своей памяти. Основное средство для этого – воспитать в себе критическое отношение к собственным воспоминаниям. Надо уметь отличать то, что я помню достоверно, от того, что мне только кажется, отличать подлинное воспроизведение виденного и слышанного от субъективных дополнений, догадок и истолкований.

4. **Готовность памяти.** Под этим названием разумеется умение быстро извлекать из запасов памяти то, что необходимо в данный момент. Некоторые люди, обладая обширными знаниями, не могут, однако, быстро находить ответы на те запросы, которые предъявляет жизнь. Про таких людей говорят: «У них много знаний, но они не умеют ими пользоваться». Без готовности памяти невозможна та черта ума, которую обычно называют «находчивостью».

В некоторых профессиях находчивость, умение быстро извлекать нужный материал из своего запаса знаний имеет решающее значение; сюда относится деятельность военачальника, лечащего врача, учителя и т.п.

готовность памяти зависит, во-первых от того умения припоминать, о котором мы говорили на стр. 100-101, а во-вторых, от систематичности знаний. Только в том случае, если в «запасах памяти» господствует полный порядок и строжайшая система, можно быстро находить в них необходимый материал. Недаром крупные военачальники – люди с исключительно высокой готовностью памяти – особенно подчёркивали необходимость упорядоченности знаний. «Память есть кладовая ума, - говорит Суворов, - но в этой кладовой много перегородок, а потому надобно скорее всё укладывать, куда следует».

"Внимание – сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте (предмете, событии, образе, рассуждении и т.д.)"¹.

Внимание характеризуется избирательностью, объемом, устойчивостью, переключаемостью.

Избирательность (концентрация) связана с возможностью успешной настройки на восприятие определенной информации.

Объем внимания – количество одновременно воспринимаемых объектов.

Переключаемость – возможность выполнения действий во времени, при смене целей или одновременном учитывании нескольких факторов при выполнении одной работы. Например, проследить две последовательности чисел разной окраски: одну в порядке возрастания, другую в порядке убывания ("модифицированная таблица" Горбова).

До человека доходит огромное число раздражений, однако он отбирает самые важные из них и игнорирует остальные. Из большого числа возможных движений он совершает лишь некоторые, входящие в состав его действий, и тормозит остальные. Возникает большое число ассоциаций, но он сохраняет немногие и абстрагируется от посторонних, мешающих целенаправленному потоку мышления. Осуществление отбора нужной информации, обеспечение избирательных программ действий и сохранение постоянного контроля над их осуществлением называется вниманием (Лурия, 1975).

Различают следующие основные свойства внимания: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость (Рубинштейн, 1946). Под объемом внимания понимают то число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания. Считается, что объем внимания равен емкости короткой памяти и составляет 7 ± 2 единиц информации. Концентрация или избирательность внимания характеризуется интенсивностью его сосредоточения на объекте деятельности. Избирательность внимания — это степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности. Чрезмерная концентрация внимания (гиперпрозексия) проявляется рассеянностью, излишней поглощенностью чем-либо, когда не замечаются иные важные стимулы, как внешние, так и внутренние. Распределяемость внимания тесно связана с его объемом, однако речь в данном случае идет о возможности не одного, а, по крайней мере, двухфокального внимания, концентрации его не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов. Под устойчивостью внимания принято понимать ту длительность, с которой выделенные вниманием

процессы сохраняют доминирующий характер. Переключаемость внимания состоит в способности быстро выключиться из одних установок и включиться в новые, соответствующие изменившимся условиям.

Существует по меньшей мере две группы факторов, которые обеспечивают избирательный характер психических процессов: структура внешних раздражителей (структура внешнего поля) и различные внутренние факторы, относящиеся к деятельности самого субъекта (структура внутреннего поля). К первой группе факторов, определяющих направление, объем и устойчивость внимания, относятся интенсивность раздражителя, его новизна, и структурная организация внешних раздражителей. Ко второй группе факторов, определяющих направление внимания, относится то влияние, которое потребности, интересы и установки субъекта оказывают на его восприятие и деятельность.

Различают два основных вида внимания — произвольное, активное и непроизвольное, пассивное. О непроизвольном внимании говорят в тех случаях, когда око привлекается сильным, новым либо интересным (соответствующим потребности) раздражителем. Механизмы непроизвольного внимания у человека и животных являются общими, их основу составляет ориентировочный рефлекс. Произвольное внимание свойственно лишь человеку. Оно обнаруживается в том, что субъект может намеренно сосредоточивать свое внимание то на одном, то на другом объекте. Механизмы произвольного внимания социальны по своему происхождению и опосредованы внутренними речевыми процессами.

Нарушение внимания является одним из самых важных симптомов патологического состояния и его исследование может внести важные данные в диагностику мозговых поражений (Лурия, 1975). При массивном поражении глубоких отделов мозга (верхнего ствола, стенок третьего желудочка, лимбической системы) могут наблюдаться явления выпадения или угасания ориентировочного рефлекса, а также его инертности. Клинически это проявляется в том, что больные обнаруживают резкие признаки вялости, апатичности, вообще не реагируют на происходящее либо проявляют признаки повышенной возбудимости и чрезмерной отвлекаемости на любые раздражители. Наиболее типичные примеры нарушения высших форм внимания дают больные с поражением лобных долей мозга (особенно медиальных его отделов). Выпадения ориентировочного рефлекса у больных часто не наблюдается, однако сосредоточить их на выполнении какого-либо задания речевой инструкцией оказывается невозможно, речевая регуляция ориентировочного рефлекса грубо нарушается.

Методики, используемые для исследования памяти

1. **Десять слов.** Испытуемому зачитывают десять одно-двухсложных слов, затем он их повторяет в любом порядке 5 раз. Данные вносят в таблицу. Спустя 20-30 минут просят воспроизвести слова для проверки ретенции. (Например: лес, хлеб, стол, окно, вода, брат, гриб, конь, игла, мед. Или: гора, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила).

2. **Пиктограммы.** Этот метод предложен А. Р. Лурией. Испытуемый должен запомнить 15 слов. Для облегчения воспроизведения он должен сделать карандашом рисунок, имеющий смысловую связь со стимульным словом. Никаких записей, пометок делать не разрешается. После окончания работы можно попросить повторить слова, затем повторить их через 20-30 минут. При анализе запоминания важно обратить внимание на то, сколько слов воспроизведено точно,

близко по смыслу, неверно, никак. Модификацией этого же задания может служить тест А. Н. Леонтьева, который предлагает не рисование, а выбор предмета, сюжета из предложенных готовых картинок. Эта методика имеет несколько серий, которые отличаются по степени сложности. Использовать методику можно для исследования памяти у детей, а также лиц с невысоким интеллектом.

3. Воспроизведение рассказов. Испытуемому читают рассказ, он воспринимает его на слух или читает рассказ сам. Затем он воспроизводит рассказ устно или записывает. Психолог при анализе учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены, что опущено, не отмечается ли конфабуляций, интерферирующего эффекта. Для запоминания наиболее предпочтительны рассказы: "Галка и голуби", "Муравей и голубка", "Логика", "Колумбово яйцо", "Вечный король" и др.

4. Исследование зрительной ретенции (тест А. Л. Бентона). Используется пять серий рисунков. В трех сериях предлагается по 10 карточек равной сложности, в двух – по 15 карточек. Карточку в течение 10 секунд предъявляют испытуемому, затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Качественный анализ данных проводится в сравнении со специальными таблицами Бентона. с помощью этого теста можно получить дополнительные данные, свидетельствующие об органическом заболевании головного мозга.

2-тема: Эмоция, мотивация и стресс в мед. практике.

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - - Какие процессы составляют память? - перечислите основные свойства и виды памяти - методы исследования памяти и эмоции 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Основные виды расстройства памяти. Клинические методы исследования. 3. Домашнее задание: Ощущение, восприятие в мед. практике. Внимание, представления в мед. практике.	Слушают Записывают Записывают

Методики исследования внимания

1. **Корректирующая проба.** Данная методика впервые предложена Bourdon в 1895 г. Она используется для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации. Корректирующая проба очень проста и не требует специальных приспособлений, кроме бланков и секундомера. Бланки представляют собой ряды букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв по выбору исследующего. Можно каждые 30-60 секунд отмечать положение карандаша больного. Исследующий обращает внимание на количество ошибок, темп выполнения, распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других букв и т.д.).

2. **Счет по Крепелину.** Методика предложена Крепелиным в 1895 г. Она применяется для исследования переключения внимания, а также работоспособности. На специальных бланках расположены столбцы цифр, которые испытуемый должен складывать или вычитать в уме, а на бланке записывать результат. После выполнения задания исследующий обращает внимание на количество ошибок, их распределение, объем выполненного задания, темп, способность переключаться, то есть делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости), расстройствах внимания.

3. **Отыскивание чисел на таблицах Шульте.** Исследование проводят с помощью специальных таблиц, где хаотично расположены числа от 1 до 25. Испытуемый указкой показывает числа по порядку, называя их вслух, при этом фиксируется время выполнения задания. Таким образом исследуют темп сенсомоторных реакций, особенности переключения внимания, объем внимания, сосредоточенность (отвлекаемость), повышенную истощаемость по гипертеническому или гипостеническому типу, вработываемость.

4. Для исследования переключения внимания, инертности психических процессов, истощаемости можно использовать **модифицированную таблицу Шульте** (Ф. Д. Горбов, 1959, 1964 гг.). Это красно-черная таблица содержит 49 чисел, из них 25 черных (1-25) и 24 красных (1-24). Испытуемый попеременно должен показывать черные и красные цифры. Причем черные в порядке возрастания, а красные в порядке убывания. Методика используется в первую очередь для исследования динамики мышления, способности переключать внимание.

5. **Отсчитывание.** Методика предложена Крепелиным. Испытуемый отсчитывает от ста одно и то же число (обычно 17, 13, 7, 3). Экспериментатором отмечаются паузы. Исследуется характер ошибок, следование инструкции, переключение, сосредоточенность, истощаемость внимания.

3-тема Ощущение, восприятие в мед. практике. Внимание, представления в мед. практике.

Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Что такое сознание? - перечислите основные свойства сознания - укажите психологические методы 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Понятие об эго-, эгрото-, фамило-, дидакто-, иатрогениях.	Слушают Записывают

Ощущением называется тот простейший психический процесс, который возникает в результате воздействия на органы чувств вещей или явлений материального мира и заключается в отражении отдельных свойств этих вещей или явлений.

При помощи ощущений мы узнаём свойства окружающих нас вещей: их твёрдость или мягкость, шероховатость или гладкость, их тяжесть, температуру, запах и вкус, цвета этих вещей, звуки, которые они издают. Кроме того, ощущения дают нам сведения об изменениях в нашем собственном теле: мы ощущаем движение и положение отдельных частей нашего тела, нарушения в работе внутренних органов и т.д.

Ощущения – источник всех наших знаний о мире. Они дают материал для других,

более сложных, познавательных процессов: восприятий, представлений, воспоминаний, процессов мышления. Человек, слепой от рождения, никогда не сможет представить или вообразить себе ни цветов, ни вообще видимых свойств вещей. «Иначе, как через ощущения,- писал Ленин,- мы ни о каких формах вещества и ни о каких формах движения ничего узнать не можем».

Материальные вещи и процессы, которые оказывают воздействие на органы чувств, называются раздражителями, а самый процесс этого воздействия – раздражением. Тот процесс, который в результате раздражения возникает в нервной ткани, называется возбуждением. Когда возбуждение по центrostремительным нервам приходит в кору больших полушарий, возникает ощущение. Таким образом, раздражение – это процесс физический, возбуждение – физиологический, а ощущение – психический процесс.

Весь анатомо-физиологический аппарат, необходимый для получения ощущений, И.П. Павлов предложил называть анализатором. Всякий анализатор состоит из трех частей: органа чувств, центrostремительных нервов и соответственных участков мозга. Если разрушается любая из частей анализатора, возникновение соответствующих ощущений становится невозможным. Так, например, зрительные ощущения прекращаются и при повреждении глаз, и при перерезке зрительных нервов, и при разрушении затылочных долей обоих полушарий.

ВИДЫ ОЩУЩЕНИЙ. Все ощущения можно разделить на две группы.

1) Ощущения, которые вызываются органами чувств, расположенными на поверхности тела или близко к ней, и отражают свойства вещей, находящихся вне нас.

2) Ощущения, которые вызываются органами чувств, расположенными в глубине тканей (например, мышц) или на поверхности внутренних органов (например, в стенках желудка, кишок). Они дают сведения о движениях отдельных частей нашего тела и о состоянии отдельных органов.

К первой группе относятся ощущения зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и кожные.

1. Зрительные ощущения. Раздражителем для органа зрения является свет, т.е. электромагнитные волны, имеющие длину от 390 до 800 миллимикрон (миллимикрон – миллионная часть миллиметра).

Всё, что мы видим, имеет какой-либо цвет. Бесцветным может быть только предмет совершенно прозрачный, и, значит, невидимый. Поэтому мы можем сказать, что зрительные ощущения – это ощущения цветов.

Все цвета делятся на две большие группы: цвета ахроматические и цвета хроматические. К ахроматическим цветам относятся белый, черный и все серые, к хроматическим – все остальные, т.е. красные, желтые, зелёные, синие со всевозможными оттенками.

2. **С л у х о в ы е о щ у щ е н и я .** Раздражителем для органа слуха являются звуковые волны, т.е. продольные колебания воздуха с частотой колебаний от 16 до 20000 колебаний в секунду.

Слуховые ощущения разделяются на ощущения музыкальных звуков (звуки пения, музыкальных инструментов, камертона) и ощущения шумов (всевозможные скрипы, шорохи, стуки, треск, грохот и т.п.). Речь состоит как из музыкальных звуков (главным образом в гласных), так и из шумов (главным образом в согласных). Слуховые ощущения имеют три главных свойства: громкость, высоту и тембр.

3. **О б о н я т е л ь н ы е о щ у щ е н и я .** Органами обоняния являются обонятельные клетки, расположенные в верхней части носовой полости. Раздражителем для органа обоняния служат частицы пахучих веществ, проникающие в нос вместе с воздухом.

4. **В к у с о в ы е о щ у щ е н и я .** Раздражителем для органа вкуса - вкусовых почек - служат растворенные (в воде или слюне) вкусовые вещества.

Вкусовые ощущения имеют четыре различных качества: сладкое, кислое, солёное и горькое. Разнообразие вкусов различных кушаний в значительной мере зависит от присоединения к вкусовым ощущениям обонятельных. Если совершенно исключить обоняние, вкус чая, кофе и хинина в соответствующих растворах становится одинаковым.

5. **К о ж н ы е о щ у щ е н и я .** Кожа, а также слизистая оболочка рта и носа могут давать ощущения четырех видов:

а) ощущения прикосновения, или тактильные ощущения, б) ощущения холода, в) ощущения тепла и г) ощущения боли. Одни точки кожи дают только тактильные ощущения (точки прикосновения), другие – только ощущения холода (точки холода), третьи – только ощущения тепла (точки тепла), четвертые – только ощущения боли (точки боли). Легко простым опытом убедиться в существовании точек холода. Для этого нужно кончиком карандаша, слегка прикасаясь к коже, медленно провести по закрытым векам; время от времени будет получаться мгновенное ощущение холода.

К о в т о р о й г р у п п е о т н о с я т с я д в и г а т е л ь н ы е о щ у щ е н и я , о щ у щ е н и я р а в н о в е с и я и о р г а н и ч е с к и е о щ у щ е н и я .

1. **Д в и г а т е л ь н ы е , и л и к и н е с т е т и ч е с к и е , о щ у щ е н и я .** Органы их находятся в мышцах, сухожилиях и на суставных поверхностях. Двигательные ощущения доставляют сигналы о степени сокращения мышц и о положении наших членов, о том, например, насколько согнута рука в плечевом, локтевом или луче-запястном суставе.

Сочетание кожных и двигательных ощущений, получающихся при ощупывании

предметов, т.е. при прикосновении к ним движущейся руки, называется осязанием. Органом осязания является рука со всеми её кожными, мышечными и суставными органами чувств. Рука как орган осязания впервые появляется у обезьян, но полного развития достигает лишь у человека, став у него орудием труда.

Кожные ощущения сами по себе сигнализируют только о факте прикосновения предмета к телу и о месте этого прикосновения. Когда муха садится нам на лоб, мы легко замечаем это, но так же легко можем быть введены в заблуждение и принять за муху прикосновение соломинкой, кисточкой, травинкой или бумажкой. Чтобы точнее определить свойства прикасающегося к коже предмета, его твёрдость, мягкость, шероховатость, гладкость, форму, очертания и т.д., нужно его ощупать. Ощущения твердости и мягкости, например, зависят главным образом от того, какое сопротивление оказывает тело при давлении на него; поэтому нельзя определить степень твердости или мягкости предметов без участия двигательных ощущений.

2 . О щ у щ е н и я р а в н о в е с и я . Органы их находятся во внутреннем ухе и дают сигналы о движении и положении головы. Эти ощущения играют чрезвычайно большую роль в летном деле, поэтому при определении пригодности к работе лётчика всегда испытывается деятельность этих органов.

3 . О р г а н и ч е с к и е о щ у щ е н и я . Органы их находятся в стенках большинства внутренних органов: пищевода, желудка, кишечника, кровеносных сосудов, лёгких и т.д. К числу органических относятся ощущения, которые мы имеем при голоде, жажде, насыщении, тошноте, внутренних болях и т.п. Пока мы вполне здоровы, сыты, вообще когда работа внутренних органических ощущений; они главным образом дают сигналы о нарушениях в работе внутренних органов.

Если на органы чувств в течение некоторого времени действуют достаточно сильные раздражители, то чувствительность к этим раздражителям постепенно уменьшается. Если же раздражители очень слабы или отсутствуют вовсе, чувствительность увеличивается. Такое изменение чувствительности, происходящее вследствие приспособления органа чувств к действующим на него раздражителям, называется адаптацией.

В некоторых видах ощущений адаптация очень сильна, в других – совсем незначительна. Сильная адаптация наблюдается в тактильных, температурных, обонятельных и зрительных ощущениях, слабая – в слуховых и болевых ощущениях.

Психология восприятия и образов представления

Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы— образы восприятия; познавательная деятельность переживается как факт личной активности,

направляемая определенной задачей, а не акт пассивной регистрации впечатлений.

Образы восприятия складываются из внешних и внутренних (прежде всего кинестетических) ощущений. «Вклад» разных видов чувствительности при этом не одинаков. Очевидно, что образы восприятия слепого и зрячего, глухого и слышащего, дальтоника и индивидуума с «нормальной» цветовой чувствительностью различны. Эта относительность не означает, что внешний мир это не более чем субъективное построение. Тот факт, что некто не воспринимает мелодии, еще не говорит о том, что этой мелодии не существует. Как, впрочем, и то, что, правдоподобие обмана восприятия не доказывает реальности кажущегося объекта.

Восприятие — это процесс «создания» образа из «чувственного» материала. Различают следующие его фазы:

— перцепция — первичное выделение комплекса стимулов из массы прочих, как относящихся к одному определенному объекту. Иными словами, это фаза разграничения фигуры и фона;

— апперцепция — сравнение первичного образа с аналогичным или подобным ему, хранящимся в памяти. Если первичный образ идентифицируется как уже известный, это соответствует узнаванию. Если же информация является новой и неоднозначной, идентификация происходит путем выдвижения и проверки гипотез в поисках наиболее правдоподобной либо приемлемой. Объект при этом расценивается как ранее незнакомый;

— категоризация — отнесение образа восприятия к определенному классу объектов. С этой целью объект дополнительно исследуется в поисках типичных признаков данного класса объектов;

— проекция — дополнение образа воспринимаемого объекта деталями, присущими установленному классу, но в силу разных причин оказавшимися «за кадром». Образ восприятия тем самым «доводится» до определенного стандарта.

В образах восприятия отражаются такие качества объектов, для которых не существует специальных рецепторов: форма, размеры, ритм, тяжесть, положение в пространстве, скорость, время. В этом смысле образ восприятия является как бы надчувственным феноменом, промежуточным между чувственным и рациональным познанием.

В психологическом плане восприятие характеризуют:

— константность — стабильность образов предметов в разных условиях восприятия. Например, руки расположены на разном расстоянии от глаз, но величина их кажется одинаковой;

— целостность — объединение разных впечатлений в связанное единство. Законы целостного восприятия изучены в гештальтпсихологии («психологии образов»);

— объёмность — восприятие в трех измерениях. Это достигается благодаря бинокулярному зрению и бинаурикулярному слуху. На расстоянии свыше 15 м восприятие пространства осуществляется благодаря линейной, воздушной перспективе, эффектам параллакса и интерпозиции;

— объективизация образов восприятия — связана с состоянием сознания и поисковой исследовательской активностью. Важное значение имеет здесь ранний сенсорный опыт.

В восприятии выражается активность сознания, внимания, памяти, других

психических структур. Это важно учесть для анализа и оценки расстройств восприятия. В последних, относимых по традиции к сенсорным нарушениям, обнаруживаются разнообразные нарушения всех психических функций, а также личности в целом.

К моменту рождения ребёнок имеет эффективно работающие органы чувств. К году острота зрения младенца достигает уровня взрослых. Лучше всего он воспринимает объекты на расстоянии 19 см от своего лица.

Возможно потому, чтобы видеть лицо матери во время кормления. С четвертого дня младенец проявляет врожденное предпочтение к восприятию человеческого лица. К двум месяцам узнаёт лицо матери, а в четыре месяца различает синий, красный, желтый и зелёный цвета. Восприятие глубины пространства формируется уже к двум месяцам. В раннем младенчестве внимание привлекается также движущимися объектами, криволинейностью, контрастами. С первых часов после рождения дети способны различать звуки разной интенсивности, узнавать голос матери. Они различают также запахи. Вкусовые восприятия развиваются позднее. Категориальность восприятия формируется к концу первого года, а константным оно становится к 12—13 годам.

Существует гипотеза, согласно которой восприятие развивается на основе врождённых «когнитивных схем». Последние позволяют ребенку выделять наиболее важные впечатления и структурировать их определенным образом.

Необходимыми условиями развития восприятия являются:

— активное движение. Наблюдения показали, что ограничение свободного движения нарушает развитие пространственного восприятия;

— обратная связь. Необходима для коррекции ошибок восприятия;

— поддержание оптимального количества поступающей сенсорной информации. «Сенсорный «голод» препятствует развитию восприятия, а в условиях эксперимента приводит к психотическим расстройствам;

— структурирование внешних впечатлений. Монотонность последних (пустыни, снежные равнины и др.) не способствует формированию перцептивных схем, а у взрослых является одной из причин появления миражей.

Образ представления — наиболее сложный вид образной памяти (Лурия, 1975). Когда мы говорим, что имеем представление о дереве, лимоне, или собаке, это значит, что предыдущий опыт восприятия и практической деятельности с этими объектами оставил в нас их следы.

Образы представления напоминают наглядные образы, отличаясь от последних меньшей детализацией, яркостью и четкостью, но не только этим. Образ представления отражает итоги интеллектуальной переработки впечатления о предмете, выделяет в нем наиболее существенные признаки. Так, мы представляем не какое-то определенное дерево, но имеем дело с обобщенным образом, в который может войти наглядный образ и березы, и сосны, и другого дерева. Размытость и бледность образа представления свидетельствует о его обобщенности, потенциальном богатстве стоящих за ним связей, является признаком того, что он может быть включен в любые отношения.

Образ представления — это не простое воспоминание. Он не хранится в памяти в неизменном виде, но постоянно преобразуется, в нем выделяются, подчеркиваются наиболее актуальные признаки, стираются индивидуальные особенности. Образы представления имеют субъективный характер, они не

проецируются вовне. Они возникают в сознании опосредованно, сближаясь тем самым с образным мышлением. Ассоциации образов могут выходить за рамки обыденных впечатлений, благодаря воображению становятся доступными творчеству.

Наблюдаются следующие виды патологии восприятия и образов представления: нарушение константности восприятия, расщепление восприятия, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды, явления эйдетизма, нарушения сенсорного синтеза.

4-тема Мышление, речь в мед. практике

1.2 Технологическая картасы практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (250 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Что такое акцентуация? - укажите основные свойства личности - перечислите нормальные и аномальные варианты личности 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Основные виды расстройства эмоциональных состояний. . Клинические методы исследования	Слушают Записывают

Проснувшись утром человек подходит к окну и видит, крыши дома мокрые. «Значит, ночью был дождь», - думает он.

Этот случай дает нам типичный пример мыслительного процесса. Человек непосредственно не воспринимал дождь. Он узнал о нём косвенно путём, через посредством других факторов, т.е. опосредственно. Первый признак мышления и заключается в том, что оно есть процесс опосредственного познания вещей и явлений действительности.

Возможность такого опосредственного познания основано прежде всего на осознании связей и отношений между вещами и явлениями. О том что ночью шёл дождь, человек мог заключить только потому, что ему известна причинная связь между дождём и влажностью крыш.

Второй, не менее важный признак мышления заключается в том, что оно представляет собой обобщённое познание действительности.

Недостаточно заметить, что однажды дождь вызвал влажность крыш. Из этого ещё никакого вывода сделать нельзя. Нужно прийти к общему положению: после

всякого дождя достаточной силы крыши бывают мокрые. Чтобы человек обобщил результаты своих наблюдений. Мало заметить связь между двумя фактами; необходимо осознать, что эта связь имеет общий характер, что она определяется общими свойствами вещей. В данном случае причинная связь между дождем и влажностью крыш определяется не частыми особенностями какого-нибудь отдельного дождя, а свойствами, общими всякому дождю достаточной силы.

Во всяком процессе мышления мы имеем дело с отражением общих свойств вещей, т.е. свойств, относящихся к целой группе сходных предметов или явлений.

Мышление дает человеку возможность знать то, чего он непосредственно не наблюдает. Мало того, оно дает возможность предвидеть ход событий и результаты собственных действий.

Познание начинается с ощущений и восприятий. Но воспринимаем всегда единичные факты, лишь на основе обобщения их, т.е. обобщая результаты прошлых наблюдений мы выявляем общее.

Итак, мышление – это процесс отражения общих свойств вещей и нахождение закономерных связей и отношений между ними. Другими словами Мышление – это процесс обобщённого и опосредственного познания действительности.

Мышление протекает в трёх формах. Эти формы – **понятие, суждение и умозаключение.**

Понятие - это форма мышления, в которой отражаются общие и притом существенные свойства предметов и явлений.

Например в геометрическом понятии «треугольник» отражаются свойства, общие всем треугольникам и притом существенные с геометрической точки зрения. Такие признаки, как цвет бумаги, на которой изображен треугольник или толщина линий, несущественны с геометрической точки зрения.

В понятиях кристаллируются наши знания о предметах и явлениях действительности (Б.М.Теплов).

Понятие отличается от представлений своим более обобщенным и отвлеченным, не наглядным характером. Представление - образ предмета, а понятие – мысль о предмете.

В основе образования понятий лежит процесс обобщения, т.е.мысленного объединения предметов и явлений действительности, имеющих те или другие общие свойства.

В качестве существенных признаков предмета выделяются те признаки, от которых зависит, «что с этим предметом можно делать».

Процесс обобщения охватывает целые группы сходных объектов и может идти двумя различными путями. Первый путь ведет к типическому образу, при котором можно говорить о воображении, а второй путь – к понятию.

Типический образ сохраняет всю все индивидуальные черты и признаки отдельного объекта, а обобщение выражается в том, что среди этих черт выдвигаются на первый план, выделяются те, которые характеризуют эту группу. Иначе обстоит дело в понятии. Чтобы овладеть каким либо понятием, мы отвлекаемся от случайных признаков и свойств отдельных объектов и сохраняем только свойства, существенные для данной группы в целом. Этот процесс отвлечения от несущественных признаков и мысленного выделения одних лишь существенных особенностей данной группы объектов называется **абстракцией**. В результате обобщения, которое осуществляется с помощью абстракции, мы

получаем уже не образ, а отвлечённую мысль.

СУЖДЕНИЕ И УМОЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше мышление отражает связи и отношения между отдельными свойствами предметов или между отдельными предметами и явлениями. Это отражение осуществляется в форме суждений.

Суждение – это акт мысли, содержащий в себе утверждение или отрицание чего-либо о чём-либо. В речи суждение выражается в форме предложений. В состав суждения всегда входят понятия, образующие значение слов, которыми выражено суждение. Суждения возможны в случаях если человек владеет соответствующим понятием. Владеть понятием – это значить иметь возможность высказывать правильные и содержательные суждения о нём, «уметь судить о нём».

Умозаключением называется процесс мышления, в котором из одного или нескольких суждений выводится новое суждение. Любое рассуждение, в котором мы приходим к определённом выводу, может сужить примером умозаключения.

Посредством умозаключения мы даем обоснование или доказательство истинности суждения. То суждение, которое выводится в результате умозаключения, называется заключением, а те суждения, из которых делается вывод, называются посылками.

АНАЛИЗ И СИНТЕЗ

Анализ и синтез являются важными процессами в мыслительной деятельности.

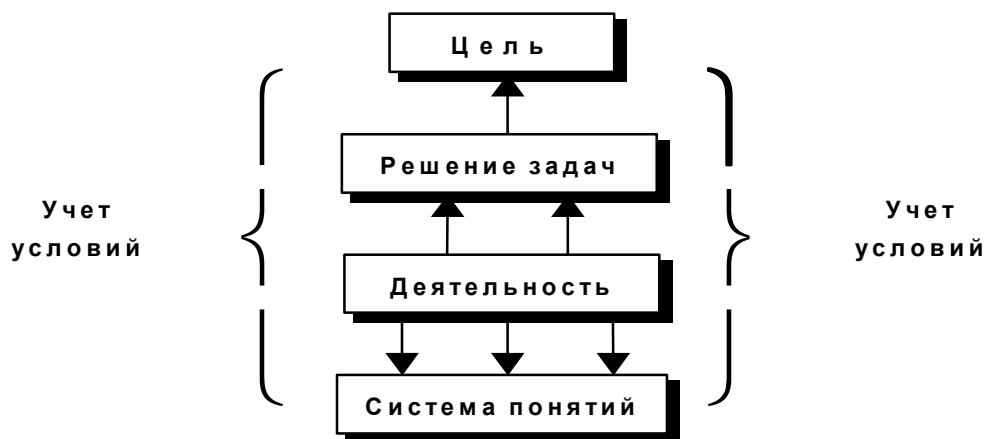
Анализ – это мысленное расчленение предмета или явления, выделение отдельных его частей, признаков, свойств; синтез – это мысленное соединение отдельных элементов, частей, признаков в некоторое целое. Анализ лежит в основе абстракции, сущность которой заключается в выделении отдельных свойств предметов и в отвлечении от остальных. Синтез лежит в основе обобщения, сущность которого составляет мысленное объединение предметов и явлений.

В течении мыслительных процессов огромное значение также имеет такая операция как сравнение, которое устанавливает сходство и различие между предметами и явлениями.

"Мышление – это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача осуществляется"².

Схематично это можно представить так:

² Зейгарник Б. В. Патология мышления. – М., 1962.



На основе этой схемы можно рассмотреть нарушения операциональной стороны мышления, которые проявляются в актуализации случайных, слабых или конкретно-ситуационных связей. В то же время неучет испытуемым условий и содержания инструкций к тестам может свидетельствовать о нарушениях мотивационной сферы (нецеленаправленность ассоциаций, разноплановость суждений, снижение критичности, резонерство).

Виды патологии мышления

Выделяется три вида патологии мышления:

1. Нарушение операциональной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мышления.
3. Нарушение личностного компонента мышления.

Нарушение операциональной стороны мышления

К основным мыслительным операциям относятся обобщение, отвлечение (абстрагирование), анализ, синтез.

Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Существует несколько уровней процесса обобщения:

- ◆ категориальный – отношение к классу на основании главных, существенных признаков;
- ◆ функциональный – отношение к классу на основании функциональных признаков;
- ◆ конкретный – отношение к классу на основании конкретных признаков;
- ◆ нулевой (нет операции) – перечисление предметов либо их функций без попытки обобщить.

При всем многообразии нарушения операциональной стороны мышления можно свести к двум крайним вариантам:

- 1) снижение уровня обобщения;
- 2) искажение процесса обобщения.

При снижении уровня обобщения в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщенных признаков больные используют конкретно-ситуационные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей (например, общее между диваном и книгой в том, что "на диване можно читать"). Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжелых формах энцефалита, а

также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией.

Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У больных же олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения.

При искажении процесса обобщения больные руководствуются чрезмерно обобщенными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задачи. Эти больные устанавливают чисто формальные, словесные связи, реальное же различие и сходство не служит для них контролем и проверкой их суждений. Например, сходство между ботинком и карандашом для них в том, что "они оставляют следы". Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Методики для исследования операциональной стороны мышления

Для исследования операциональной стороны мышления используются следующие методики:

1. **Классификация.** Методика представляет собой набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Изображения могут быть заменены надписями (словесная классификация). Испытуемый раскладывает предметы на группы так, чтобы предметы, находящиеся в одной группе, имели общие свойства (одежда, мебель, животные, измерительные приборы, люди). Затем испытуемый укрупняет группы. Способность выделить две или три группы на последнем этапе свидетельствует о высоком уровне обобщения.

2. **Исключение.** Также существует два варианта этой методики: словесный и предметный. Последний представляет из себя набор карточек с изображением четырех предметов, три из которых имеют между собой общее и их можно объединить в одну группу, а один из них существенно отличается, он должен быть исключен. Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация "слабых", чрезмерно обобщенных признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. **Образование аналогий.** В методике "Простые аналогии" представлены пары слов (образцы), между которыми существуют определенные смысловые отношения. Испытуемому следует выделить пару слов по аналогии. Помимо словесного варианта можно использовать невербальный – таблицы Равена. Лицам со средним и высшим образованием можно предложить методику "сложные аналогии".

4. **Сравнение и определение понятий.** Для определения понятий нужно проанализировать множество признаков предмета или явления и выделить наиболее точное определение, то, в котором отмечается родовое и видовое различие. При сравнении предметов испытуемый использует анализ и синтез для разделения существенных признаков на общие для нескольких объектов и на различающие их. В качестве стимульного материала используют однородные понятия (танк-трактор, человек-животное) и разнородные (телега – ложка, ботинок

– карандаш). Последние используются для диагностики искажения процессов обобщения.

5. Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Можно просто предлагать испытуемому распространенные пословицы и метафоры для объяснения их переносного смысла. Есть вариант этой методики, когда для данной пословицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу или другую пословицу. Этот вариант помогает тем испытуемым, которые понимают значение переносного смысла, но затрудняются вербализовать понимаемое. Еще одна модификация: серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры, соотнести по смыслу с фразами, которых по количеству гораздо больше пословиц. Последняя модификация чаще используется для выявления нарушений мышления по шизофреническому типу, а также при трудностях вербализации понимаемого переносного смысла, когда фраза облегчает объяснение.

6. Пиктограммы. Испытуемому предлагают нарисовать несложный рисунок для запоминания названных ему 15 слов и словосочетаний. Среди них обязательно должны быть эмоционально окрашенные, абстрактные и конкретные. После выполнения задания анализируется характер смысловых связей между стимульным словом и рисунком. Смысловые связи могут быть содержательные или слабые. Способность выполнять пиктограмму свидетельствует о доступности для испытуемого обобщенной символизации слова и др.

Существует множество других методик для исследования операциональной стороны мышления, описанных в литературе, но перечисленные выше методики являются основными для исследования патологии мышления.

5-тема Воображение, интеллект в мед. практике. Сознание, самосознание в мед. практике

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основная этап (205 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - Определите психологические особенности лиц с органическим поражением г/м - укажите основные свойства психологии лиц с алкоголизмом - укажите основные свойства психологии лиц с наркоманией 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Основные виды первичного и вторичного расстройства мышления, речи интеллекта Клинические методы	Слушают Записывают

Сознание – сложная активная произвольная и целенаправленная психическая деятельность, суммарный результат творческой переработки отраженной реальной действительности. Сознание (Меграбян) - высшая интегративная функция головного мозга человека, осуществляющий процесс познавательного отображения объективного мира и самого себя, а также целенаправленного, действенного регулирования взаимоотношений человека с социальной и природной средой.

Сознание является синтетической функцией, включающей самосознание и сознание окружающего мира. Под ясностью сознания (Гуревич) следует понимать такое нормальное состояние, при котором человек полностью отдает себе отчет о себе, об окружающих лицах и месте и об отношении к окружающему, т.е. при котором субъект ориентируется в месте, времени, обстановке (аллопсихическая ориентировка) и в себе (аутопсихическая ориентировка). Сознание представляет

собой определенный целостный процесс познания, являющийся отражением объективной действительности.

Человеческое сознание формируется не только в результате накопленного личного жизненного опыта индивида, но и на основе исторического развития, опыта человеческого коллектива, бесчисленных поколений людей. То есть сознание отражает не только происходящие события настоящего, но и использует запас знаний накопленный на основе личного опыта в результате исторического развития человечества. Сознание формируется только лишь в человеческом окружении, при наличии человеческого общества. Дети выросшие среди зверей, не обнаруживают признаков сформировавшегося сознания.

Сознание – это прежде всего знание окружающего мира, явлений и их отношений. Приставка «со», как полагал А.А.Меграбян, по-видимому, означает, что знание достигается личностью только совместно с коллективом, накопленным общественным человеческим опытом. Сознание – это не только знание окружающего мира и самого себя, эта интеграция таких психических процессов, как восприятие, представление, мышление, память и эмоционально-волевая направленность личности, выражающая ее отношения к окружающей среде. Все эти компоненты находятся во внутреннем единстве.

Головной мозг человека приобрел способность познавательного отображения, т.е. превращения объективного содержания внешнего мира в психическое содержание сознания человека. Сознание не является самопроизвольно возникающим внутримозговым процессом, детерминированным структурами головного мозга. Т.е. мозг не источник, а орган сознания.

По И.П.Павлову физиологической основой ясности сознания является наличие в коре мозга участков, обладающих в данный момент времени оптимальной возбудимостью, вся же остальная часть коры находится в состоянии более или менее пониженной возбудимости. И если предположить, что кости черепа прозрачны, то участок оптимальной деятельности (возбудимости) в виде яркого пятна перемещается по поверхности мозга.

Все, что в данный момент не находится в пределах сознания, может быть освещено сознанием путем переключения внимания на то, что имеет значение в данный момент, т.е. перемещением участка оптимальной возбудимости (Гуревич).

Сознание является интегративной функцией по преимуществу, и особенностью интеграции сознания является его способность быстро восстанавливаться при дезинтеграции (Гуревич). В связи с этим расстройства сознания обычно начинаются и заканчиваются быстро, иногда внезапно. Поэтому для расстройств сознания характерно острое течение.

Психология сознания

Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

Условно разграничивают предметное сознание и самосознание. Предметное сознание — динамическая структура или поле, в котором объединяются все внешние впечатления. Самосознание — система ощущений, знаний о самом себе, отношениях с окружающими, своем внутреннем мире. Индивидуальное сознание, степень его развития определяются двумя факторами: уровнем общественного сознания, и тем, в какой мере индивидуум превратил его в факт своей внутренней

жизни. Уровень развития индивидуального сознания зависит от конкретных исторических условий жизни и биологических механизмов, обеспечивающих процессы интериоризации. Различным историческим эпохам соответствуют определенные формы индивидуального сознания. В виде самой общей гипотезы можно допустить, что в первобытно-общинном строе структура сознания человека имела мистический или анимистический характер: знания о внешнем и внутреннем мире цементировались представлениями о существовании вездесущих духов или невидимых сил, игра которых была тайной причиной всего происходящего. Следует при этом заметить, что свойства духов являлись отражением знаний человека о своей собственной психике. Анимистическое сознание, таким образом, представляет наиболее простую и самую раннюю синкретическую форму сознания, в котором предметное сознание и самосознание оказываются неразделенными, как бы слитыми в одно неразрывное целое. Можно, пожалуй, сказать и так: сознание древнего человека — это вынесенное или спроецированное во внешний мир знание о самом себе. В ту далекую пору человек знал о себе очень немного, самовосприятие носило, по-видимому, весьма смутные формы, так что внешний и внутренний мир не могли быть разграничены достаточно четко. По мере медленного, но неуклонного развития психологических структур к началу рабовладельческой эпохи уровень индивидуального сознания поднялся на порядок выше. За неимением лучшего термина состояние сознания этого времени можно определить как мифологическое: мир населен и управляем сонмищем богов, которые, впрочем, еще мало чем отличались от самого человека и с которыми он обращался как с собой. В это время, однако, появляются зачатки психологии. В древних книгах во множестве, рассыпаны отдельные замечания и наблюдения, касающиеся природы внутреннего мира человека. Другими словами, человек уже выделил себя из окружающего его мира, у него появилось самосознание. На протяжении всего средневековья, в эпоху феодализма доминировало религиозное сознание. Внешний мир — творение рук Господа Бога, а внутренний — копия или подобие божественной сущности. Индустриальному обществу свойственна естественнонаучная или, лучше сказать, технократическая форма сознания. Человек — это животное, машина, компьютер, внутренний его мир — это товар. Характерен рыночный тип отношений между людьми. Лишь в постиндустриальном обществе впервые появляется понимание того, что человек — средоточие мировых, фундаментальных ценностей, что это совершенно особый, уникальный феномен природы и общества. По существу только в XX в. человек сделал первый шаг к осознанию самого себя. Тем самым он положил начало гуманистической форме сознания. Было бы упрощением считать, будто индивидуальное сознание является копией существующих общественных условий. Уже в античную эпоху жили люди, сознание которых можно было бы определить как естественнонаучное или даже гуманистическое, и которые на много веков ушли вперед от своих современников. Очевидно, в человеке есть нечто такое, что позволяет ему опережать свое время.

Сознание характеризуют следующие психологические свойства:

— активность. Это означает, что действия человека обусловлены не столько внешней ситуацией, сколько внутренними целями. Кроме того, это указывает на значительную устойчивость деятельности в отношении принятой цели. Поведение человека нельзя определить термином «приспособляемость», на пассивное

уподобление

предметам оно похоже меньше всего;

— интенциональность. Это направленность на объект. Другими словами, сознание — это всегда сознание чего-то, какого-то конкретного объекта или явления;

— самонаблюдение или рефлексия, то есть осознание самого себя. Вместе с тем рефлексия предполагает осознание мотивационно-ценностных аспектов происходящего, то есть оценку объектов в их отношении к индивидууму;

— уровень активности сознания. Этими уровнями являются: сверхбодрствование, бодрствование, ясность, сужение спутанность и оглушение. Сверхбодрствование — состояние, в котором индивид осознает то, что в обычном режиме активности остается для него скрытым или только смутно угадывается. Субъективно это чувство подъема с переживанием просветления, озарения с глубоким погружением в мир и самого себя. В художественном и научном творчестве сверхбодрствующее сознание называют вдохновением, в религии — прозрением, сошедшим свыше чудесным даром вырваться из плена обыденных представлений. Сверхбодрствование не тождественно интуиции: последняя вовсе не предполагает высочайший уровень постижения действительности и, кроме того, интуиция — это момент, короткий миг понимания, а сверхбодрствование может продолжаться часами. Могут наблюдаться и патологические состояния сверхбодрствования, связанные, например, с приемом психостимуляторов. Бодрствование — состояние, в котором все явления действительности улавливаются в адекватной их связи между собой на каком-то привычном, как бы среднем уровне. Творческая активность возможна и здесь, но уже без полета, скорее это логическая обработка материала, его систематизация, точные формулировки и и т. п. Ясность — состояние формального осознания действительности, однако без достаточно связного и цельного ее отражения. Наблюдая серию явлений, человек может верно рассказать о каждой из них, но объединить их, найти соединяющий их стержень оказывается не в состоянии. Сужение сознания — частичное, неполное осознание действительности, одностороннее ее отражение, когда выделение одних связей и объектов производится в ущерб другим, которые не замечаются. Разные степени сужения сознания наблюдаются в состоянии аффекта. Спутанность сознания — искажение структуры внешнего и внутреннего мира. Например, реальный мир может полностью заслоняться мнимыми, галлюцинаторными образами. Отдельные признаки спутанного сознания можно видеть во сне во время сновидений. Оглушение сознания — блокада внешних впечатлений и механизмов их переработки вплоть до полного выключения психической активности (кома).

В функциональном плане сознание обеспечивает решение весьма важных задач.

Разграничение внешнего и внутреннего мира. Различение комплекса внешних впечатлений и комплекса внутренних ощущений. Это явление кажется достаточно очевидным, но при более внимательном рассмотрении выясняется, что граница между упомянутыми комплексами является весьма размытой и довольно подвижной. Так, о своем теле можно сказать по-разному. Тело вроде бы «мое», это часть моего «Я», не относящаяся к внешнему миру, но в то же самое время тело — это физический объект, как бы вместилище моего «Я», то есть нечто внешнее по

отношению к нему. Точно также мы говорим «моя мысль, мои ощущения», подчеркивая тем самым их принадлежность к внутреннему миру. Но нередко выражаемся иначе: «Мне пришла эта мысль, у меня возникает ощущение» — так, будто мысль или ощущение стоят в стороне от ядра собственного «Я». Вместе с тем в высказываниях «мой дом, моя земля, мои дети» мы утверждаем, что эти внешние объекты являются неотъемлемой частью того, что мы считаем своим «Я». Строго говоря, являющаяся несколько неопределенной сфера «Я» ограничена той частью самоощущения, которая относится к чувству личной активности. На другом полюсе находятся объекты, воспринимающиеся с ощущением чуждости, отдаленности, по отношению к которым нельзя сказать, что они каким-то образом связаны с личностью. Между этими крайними точками простирается широкая полоса объектов, которые мы склонны считать одновременно и внешними по отношению к себе и относящимися к внутреннему миру.

Разграничение объективного и субъективного в содержании переживаний. Иначе сказать, индивид имеет в своем распоряжении набор критериев, которые позволяют ему уверенно это делать. Если этих критериев нет либо они недостаточны, субъективны, то продукты воображения отождествляются с действительностью, объективным содержанием. Это можно видеть в детских фантазиях, в вымыслах незрелых личностей, болезненном воображении психиатрических пациентов. Во всех этих случаях происходит проекция внутренних отношений на внешний мир, объективизация субъективных образов. Возможно и обратное явление: объективное содержание воспринимается как субъективный феномен. Например, то, что было в действительности, вспоминается как сновидение, выдумка, нечто такое, чего на самом деле не было.

Системность восприятия, мыслей и действий. С этим связано непосредственное ощущение единства и непрерывности собственного «Я», формирование устойчивого образа внешнего мира и связности происходящих в нем перемен, а также чувство слитности субъекта с внешним миром, переживание их интегрированности в одно неразделенное целое. В самом деле, человек в течение своей жизни сильно изменяется, но, начиная с детства, с того момента, когда он впервые начал осознавать себя, это ощущение внутренней стабильности, постоянства внутренней структуры его не покидает. Каждый человек играет множество разных социальных ролей, испытывает разноречивые побуждения и мысли, и тем не менее ощущает внутреннюю целостность, осознает в себе какое-то гармонизирующее начало. Попадая в самые разные ситуации, он сохраняет ощущение единения с внешним миром. Чувство разобщенности с внешним миром, утрата сознания единства и непрерывности своего «Я», ощущение разрыва временных и пространственных связей между различными событиями характеризует обычно болезненные состояния.

Сознание единичности собственного «Я» и всего существующего во внешнем мире. Это вроде бы тривиальная истина, что «Я» — один, другого такого нет, как нет другой такой же мысли, эмоции, матери, сына или дома. «Я» бывает в разных состояниях, подчас полярных, противоположных, например, в плохом и хорошем настроении, когда радикально меняются желания, мысли, чувства, и все же это воспринимается не как разные «Я», а только разные состояния одного и того же «Я». В дремотном состоянии, опьянении, болезни это ощущение единичности самого себя обычно не исчезает, как бы сильно личность не деформировалась. То

же самое можно сказать и о восприятии внешнего мира. Любой другой человек, как бы сильно он не менялся внешне и внутренне, как бы долго его и не видели, все-таки это будет тот же самый человек и никто другой. Нормальное функционирование сознания защищает человека от переживания множественности самого себя и окружающего мира на протяжении всей жизни, и только при тяжелых нарушениях психической деятельности этот механизм защиты оказывается поврежденным.

Внутренний диалог. Человек постоянно общается с самим собой, все время задает себе вопросы, отвечает сам на них, хвалит или осуждает себя, так или иначе как бы со стороны оценивает свои действия и себя в целом. Эта сторона деятельности сознания отражает его социальный характер, тот факт, что сознание формируется в процессе общения с людьми. Диалог с самим собой это то, что некогда было внешним общением, но затем переведенное во внутренний план с помощью речи. Субъектами внутреннего общения являются, надо думать, не отдельные мысли или черты характера, а сложные состояния личности, более или менее самостоятельные внутренние «люди», с которыми, вероятно, человек ранее идентифицировал себя в той или иной социальной роли. В этом смысле сознание можно бы уподобить достаточно вместительной площади, на которой собирается несколько человек, а порой внушительная толпа, пытающаяся найти какое-то общее решение,

Э. Берн, один из создателей транзактного анализа, исходит из предложения о том, что в каждом человеке существуют три состояния личности, соответствующие ребенку, взрослому и родителю. Выходит так, что эти три более или менее независимые личности имеют равный доступ к памяти, мышлению, эмоциям и психомоторным функциям и каждый из них может вести свою собственную жизнь. Характер внешнего общения (а общение рассматривается как серия транзакций, то есть отдельных актов общения) зависит от того, какие состояния личности партнеров вступают в диалог. Скажем, ребенок одного партнера может вступить в общение со взрослым другого партнера. Если бы это действительно было так, то внутреннее общение, диалог с собой мог происходить между тремя указанными состояниями личности. Данный подход представляется очень интересным и много обещающим, хотя и основан на односторонней психоаналитической доктрине личности.

Следует подчеркнуть, что сознание, как социальный по своему происхождению феномен, тесно связано с речевыми процессами. В сущности своей сознание — это мировой опыт всех поколений человеческого общества, отпечатанный в психике индивида в виде более или менее законченной словесно-логической структуры. Осознанным в этом смысле можно считать лишь то, что имеет словесно-логическое выражение. Впечатления, образы, действия, не включенные в эту структуру, мы должны считать следовательно, неосознанными.

Наряду с сознанием, важную роль в психической жизни человека играют бессознательные процессы. Точного определения понятия «бессознательное», как, впрочем, и того, что представляет собою сознание, не существует. В самом общем виде можно принять, что сферу бессознательного образуют психические акты и состояния, изолированные от организованного опыта, именуемого сознанием, и не имеющие словесно-логической формы выражения. Бессознательное — это то, что человек не может соотносить с определенным объектом или явлением и выразить в

связной, логической формуле.

В кратком психологическом словаре приводится двойное определение бессознательного. Бессознательное, во-первых, это совокупность психических процессов, актов и состояний, обусловленных явлениями действительности, во влиянии которых субъект не отдает себе отчета. Бессознательное, во-вторых, это такая форма психического отражения, в которой образ действительности и отношение к ней составляют одно нерас-члененное целое. Бессознательное, таким образом, лишено свойства рефлексии и, стало быть, не находится под контролем субъекта.

Таким образом, можно сделать несколько выводов о признаках, характеризующих бессознательные психические процессы:

— они протекают без ощущения собственной психической активности, то есть изолированно от ядра личности. Субъективно это переживается как непровольное, автоматическое или даже насильственное течение психических актов.. Произвольный контроль за ними невозможен, усилием воли приостановить их нельзя;

— поскольку бессознательное — это автономная часть личности или какое-то ее состояние, то связанное с нею содержание психических актов воспринимается как нечто совершенно чуждое и непонятное личности, неведь откуда взявшееся и нередко противоречащее содержащемуся в сознании;

— языком бессознательного являются образы, действия, а также речевые структуры, лишенные логической последовательности. Эти изменения бессознательного объединяются в ряды или накладываются друг на друга таким образом, как это диктуется желаниями и эмоциями. Иначе говоря, в мире бессознательного действует своя логика и эта логика является аффективной или кататимной. Значение бессознательных структур, внедрившихся в сферу ясного сознания, оказывается индивидууму совершенно непонятным, так как это значение выражено на совсем ином языке, чем тот, на котором, записано содержание сознания. Так, реальный раздражитель извне является толчком к такой цепи образов, которая лишь очень отдаленно похожа на этот объект. Например, в ответ на укол острым предметом возникает образ обвивающей тело змеи и ее укус. На уровне сознания этому образу соответствует восприятие колющей иглы, но вывести второе из первого невозможно. Множество попыток в разные времена понять язык бессознательного ни к чему не привели, во всяком случае, они до сих пор остаются в границах весьма умозрительных гипотез;

— на уровне бессознательного не существует разграничения на внешний и внутренний миры. Так, сновидения никогда не переживаются как события внутреннего мира. Как правило, спящим они локализируются в каком-то особом пространстве, не являющемся также внешним по отношению к субъекту. Быть может, речь идет здесь о первичном ощущении пространства, свойственным младенцу до того момента, пока оно не дифференцируется на внешнюю и внутреннюю его сферы;

— в бессознательном не существует границ между субъективным и объективным в самом содержании переживаний. Эти переживания, если выключаются механизмы сознательного контроля, не подлежат сомнению и напрямую выражаются вовне в соответствующих действиях;

— динамика психических актов и действий в сфере бессознательного лишена

не только логических, но также временных и пространственных ограничений, свойственных сознательному уровню отражения действительности. Так, в сновидениях прошлое сосуществует с настоящим и будущим, находящееся в разных местах оказывается рядом, несовместимые вещи образуют одно целое. Распад ткани сознания проявляется нарастающей противоречивостью суждений, поступков и оценок, импульсивностью, признаками психической диссоциации, аффективной логикой, внушаемостью.

В целом, как считают, бессознательное находит свое выражение в ранних формах познания ребенком действительности, в архаическом мышлении, в интуиции, аффектах, панике, гипнозе, сновидениях, привычных действиях, субсенсорном восприятии, а также в побуждениях, поступках и чувствах, причины которых остаются неясными личности. Кроме того, бессознательное широко представлено в патологических феноменах.

Проявления бессознательного. Надсознательные явления. Встречаются на неподдающемся сознательно-волевому контролю уровне психической активности, который включается при решении творческих задач К. С. Станиславский обозначал надсознательное термином «сверхсознание» и выдвинул представление о специфических свойствах этого уровня психической активности, отличающих его как от сознательных, так и бессознательных процессов. П. В. Симонов отождествлял надсознательное с механизмом творческой интуиции, создающим новые комбинации прежних впечатлений таким образом, что они раскрывают неизвестные прежде аспекты действительности. Последнее подтверждается обычно позже, когда появляются соответствующие доказательства. По существу оба эти подхода характеризуют состояние, которое определяется как сверхбодрствование сознания.

Творческая активность индивида, действительно, использует старый опыт, но регулируется неосознаваемыми идеями, которые скрыты в выдвигаемых исследователем гипотезах и решениях. Эти идеи могут быть выявлены с помощью категориального анализа, то есть анализа значения, в котором используются быть может уже известные и ранее научные понятия (в отличие от психоанализа, нацеленного на изучение глубинных динамических тенденций). Сам индивид, однако, не осознает свои идеи во всей их полноте, как не осознает и того, каким образом они влияют на ход его мыслей. Вероятно, именно с этим связана субъективная непредсказуемость, неожиданность возникающих у исследователя новых решений проблемы. Эти решения вспыхивают внезапно, порой по самому ничтожному или случайному поводу, нередко в самое, казалось бы, неподходящее для этого время и субъективно воспринимаются как результат непосредственного восприятия истины, следствие прозрения, инсайта. Это вторжение новой идеи в сознание может происходить не только в бодрствующем состоянии, но и во сне, в опьянении, причем соответствующее решение или идея иногда отображаются не в виде логической структуры, а в аллегорической форме, в форме какого-то образа, что сближает научное творчество с художественным. Так, Кеккуле увидел во сне змею, ухватившую себя за хвост, и понял, что именно этот образ содержит ключ к раскрытию формулы бензола. Творческое решение, помимо того, осознается как самоочевидная истина, не вызывающая колебаний, хотя и нуждающаяся в логическом обосновании. Бывает, что такое решение долгое время не может быть доказано, и поэтому оно вначале отклоняется и многие годы пребывает в забвении.

Так, планетарная модель строения атома была предложена русским инженером столетием раньше, чем получила экспериментальное подтверждение в 1911 г. Резерфордом. Законы Менделя, на которые вначале не обратили внимания, спустя 40 лет были, по существу, открыты вновь. Многие из того, что кажется сегодня неприемлемым и не воспринимается на уровне сознания, завтра будет истолковано как очевидное или давно забытое старое.

Интуиция может быть и патологической. Продуктом болезненного творчества являются, в частности, бредовые идеи. Как и акты нормального творчества, такие идеи большей частью возникают внезапно, по типу озарения, с характером непреложной и очевидной истины. Конечно же, они не могут быть доказаны хотя бы уже в силу того, что являются ложными, нередко абсурдными. Отсутствие доказательных доводов осознается многими пациентами, но это не может остановить их, так как сам факт отсутствия подтверждающих фактов не является доказательством того, что они неправы. Как правило, больных невозможно переубедить: то, что нельзя доказать, не удастся и опровергнуть. Распознавание бредовых идей связано, таким образом, с немалыми трудностями, если, конечно, речь не идет о явно нелепых идеях. Из сказанного вытекает предположение, вступающее в противоречие с распространенным о том, что патологические, бредовые идеи имеют своим источником глубинные, аффективные (кататимные) механизмы. Это предположение заключается в том, что появлению бредовых идей предшествуют деструктивные изменения на уровне неосознаваемых категориальных структур, то есть изменения на уровне надсознательного. Вероятно, это могло бы объяснить столь разительное сходство, какое бредообразование имеет с актом творчества.

Неосознаваемые побуждения (мотивы) к деятельности. Субъект стремится совершить поступок, не понимая при этом причины своего желания. Это явление впервые открыто в исследованиях гипноза. По выходе из гипнотического состояния, в котором испытуемому внушалась некая программа действий, он все это делал, не осознавая того, что именно заставляет его поступать таким образом. Например, внушалось, что ему нужно в такой-то час пойти в магазин и купить определенную вещь. Следует заметить, что внушить можно не все, а только то, что соответствует или не противоречит ожиданиям и общему направлению деятельности субъекта. 3. Фрейд рассматривал неосознанные побуждения как нереализованные влечения, которые из-за конфликта с усвоенными этическими нормами вытесняются в бессознательную сферу психики. Такие влечения, как он думал, обыкновенно не исчезают и, обходя запреты цензуры, проявляются различным образом. Так, они обнаруживаются в виде обмолвок, оговорок, описок, случайных или реактивных действий, симптомами заболевания (страхами, нарушениями деятельности внутренних органов), сновидениями, остротами. В основном, по Фрейду, такими побуждениями оказываются задержанные в детстве сексуальные влечения. В сознании взрослого они представлены в иной системе значений и внешне могут быть совершенно непохожими на сексуальные потребности. Если пациент узнает об истинной причине своего невроза, о той психической травме, которая послужила препятствием на пути адекватной реализации влечения, то это сообщение он примет как нечто чуждое его теперешней личности и само по себе знание мало ему поможет. Для того чтобы изжить психическую травму и устранить эффекты бессознательного в поведении,

нужны иные подходы, а не простое информирование. В психоаналитическом лечении выздоровление достигается тем, что задержанное влечение переносится на врача-аналитика, а в групповой психотерапии — на другого члена группы. Складывающиеся на этой основе отношения затем корригируются, а это означает, что влечение себя исчерпало, оно нейтрализовано. Механизмы переноса (трансфера) не очень ясны, как, впрочем, и другие приведенные здесь соображения З. Фрейда.

В работе патопсихолога часто необходимо провести диагностику между органическим заболеванием головного мозга и шизофренией. В данном случае следует тщательно исследовать внимание, память, мышление, признаки истощаемости.

В области органической психопатологии для исследования психической деятельности больных заболеваниями головного мозга сосудистой, атрофической и опухолевой этиологии (опухоли, травмы, некоторые виды сосудистой патологии головного мозга, болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие и т.д.) требуются знания не только в области патопсихологии, но и в области нейропсихологии.

При заболеваниях головного мозга разного генеза отмечаются признаки повышенной истощаемости, снижения памяти, трудности в оперировании абстрактными понятиями, переносным смыслом, инертность мышления. Более точную информацию для дифференцирования двух органических заболеваний (например, болезнь Пика или болезнь Альцгеймера), установление очага поражения головного мозга получают при применении специальных тестов нейропсихологии.

В результате органических изменений в головном мозге отмечаются психопатоподобные нарушения личности, астенические расстройства. Возможно также снижение уровня интеллектуально-мнестических процессов. Психопатоподобные нарушения личности характеризуются сужением круга интересов, некоторой пассивностью, аффективной лабильностью, иногда, эксплозивностью, грубостью. Астенические расстройства выражаются в повышенной истощаемости, раздражительной слабости. Если отмечается интеллектуально-мнестическое снижение, то отмечается снижение критики, беспечность, эйфория, гневливость, слезливость.

ПСИХОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Психология интеллекта. Интеллект (*intellectus* — разумение, понимание, постижение) — относительно устойчивая структура умственных способностей индивидуума, мыслительные способности человека. По Векслеру, интеллект — это глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами — успешно меряться силами с окружающим миром. Операциональных определений интеллекта на сегодня нет. По этому поводу остроумно сказано «Всякий умный человек знает, что такое интеллект. Это то, чего нет у других». В настоящее время большинство психологов понимает под интеллектом способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Существуют различные теории интеллекта, роли наследственности и среды в его развитии, методы его измерения. Измерение интеллектуального коэффициента по западным стандартам, основанное на

определении скорости решения разных задач, теряет в настоящее время доверие, так как в разных культурах и социальных группах проблемы, решение которых обеспечивает успешную адаптацию, неодинаковы. Деление людей на «средних», «отсталых» и «сверходаренных» по результатам тестирования немного говорит о социальной ценности этих людей. Термен выявил поразительный факт: ни один из имеющих повышенный коэффициент интеллекта не стал ни Моцартом, ни Эйнштейном, ни Пикассо, не оставил заметного следа в истории своей страны. Выяснилось также, что социальный успех зависит не только от умственных способностей. Не меньшую роль играют семейная среда с ее эмоциональными и социально-экономическими особенностями, а также личностные качества.

Исследования интеллекта в последние десятилетия сместились на изучение творческого или креативного мышления. Гилфорд в 1959 г. обобщил результаты всех этих исследований и создал расширенную концепцию интеллекта. Он выделил два типа мышления: конвергентное, необходимое для нахождения единственно точного решения, и дивергентное, благодаря которому возникают «оригинальные решения». У человека с нормальным интеллектом обычно имеются и нормальные творческие способности. Но, начиная с IQ, равном 120 %, пути умственных и креативных способностей расходятся. Творческие способности, по замечанию Фергюсона, не создаются, а высвобождаются. Этому в немалой степени способствуют особенности творческой личности, которая чужда конформизму, малодогматична, интересуется разными вещами и пытается объединить данные из разных областей. Голова творческого человека полна чудных идей. Это люди, сохраняющие детскую способность удивляться, мечтать, принимают и интегрируют разные аспекты своего поведения (Годфруа, 1993). Предлагают тесты на выявление и измерение креативного потенциала. Результаты их применения обнадеживают, однако, единственным достоверным методом определения способностей интеллекта и творческих возможностей остается практика жизни.

Нарушения интеллекта. Слабоумие характеризуется стойким или прогрессирующим ослаблением всех сторон познавательной деятельности, — памяти, мышления, когнитивных потребностей, высших эмоций, критических и прогностических функций, восприятия или, иными словами, интеллекта в целом. Различают врожденную (олигофрения) и приобретенную формы слабоумия (деменция). Олигофрения (по критериям, принятым в отечественной психиатрии) это наследственно обусловленные, а также приобретенные в течение первых трех лет жизни формы умственной отсталости. В данном случае наблюдается стойкая задержка развития интеллекта и в той или иной степени других психических функций. Деменция характеризует распад хорошо развитого прежде интеллекта, его руинирование под влиянием разных вредностей и слабоумливающих процессов.

Врожденное слабоумие в зависимости от уровня развития интеллекта подразделяется на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия — наиболее глубокая степень умственной отсталости. Составляет 5 % всех случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент при идиотии не превышает 20 % от уровня нормального умственного развития, присущего биологическому возрасту испытуемых. Различают три степени идиотии. При глубокой идиотии отсутствуют узнавание, познавательные потребности (ориентировочный рефлекс), речь и ее понимание, элементарная ориентировка в ситуации и назначении предметов, сколько-нибудь дифференцированные эмоции и

выразительные действия, реакции на мимику, жесты и намерения окружающих. Снижены различные виды чувствительности, в том числе болевой, резко задерживается моторное развитие (вертикальное стояние, ходьба), нередко наблюдаются стереотипные раскачивания головой, всем телом. Не формируются навыки опрятности. При идиотии средней и легкой степени пациенты способны понимать значение отдельных простых слов, жестов окружающих, умеют смеяться и плакать, узнают некоторые предметы и знакомую обстановку. Знают и имеют в активном словаре несколько десятков слов. В какой-то степени обучаемы — могут, например, научиться самостоятельно есть. Реагируют на появление новых людей и предметов, на боль, на эмоции окружающих.

Имбецильность — средняя степень умственного недоразвития. На ее долю приходится 20 % случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент у пациентов с имбецильностью колеблется от 20 до 50 % средневозрастной нормы, доступно понимание простых связей между объектами в первичных, обиходных ситуациях. С опозданием, к трем, пяти годам появляется речь, активный запас слов исчисляется сотнями. Формируются несложные навыки самообслуживания, простейшие трудовые навыки. Доступен механический счет в пределах 10—20, арифметические действия не усваиваются. Недоступно и чтение. Познавательные потребности не развиты, хотя существуют реакции любопытства. Имбецилы свободно пользуются личными местоимениями, узнают свое изображение в зеркале, на фотографии. Эмоциональные реакции и средства их выражения более дифференцированы, выявляются привязанности и антипатии. В моторном плане пациенты неуклюжи, неловки, речь косноязычна. Игровая деятельность однообразна. Имбецильность делят на глубокую, среднюю и легкую тяжести.

Дебильность — легкая степень умственной отсталости. Встречается наиболее часто—75 % случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент при дебильности варьирует от 50 % до 70 % относительно нормы. В связи с возникающими в отношении дебилов вопросами обучения, трудовой и военной экспертизы различают легкую, умеренную и выраженную дебильность. Дебильность характеризуется неспособностью владеть сложными умственными операциями, такими, как обобщение и абстрагирование, отсутствием креативности, самостоятельности. Мышление протекает на наглядно-образном и образном уровне. Запас слов может быть порядочным, но понятия отличаются нечеткостью границ, расплывчатостью содержания. Общие и отвлеченные понятия не усваиваются. Эмоциональные реакции лишены тонкости. Двигательное развитие может быть удовлетворительным, но корковая моторика развита недостаточно. Например, хорошего почерка не вырабатывается. Механический счет удается, но арифметические действия доступны только с простыми числами, в уме выполняются с трудом, и то, скорее, по памяти. Механическая память бывает хорошей, а иногда, хоть и редко, феноменальной. Произвольная память и активное внимание остаются в зачаточном состоянии. Любознательность, пытливость дебилам не свойственны. Тяги к знаниям нет, мышление совершается по шаблону, без выдумки и воображения. Повышена внушаемость. Самооценка часто завышена и основана на внешних данных. Доступны несложные виды физического труда, освоение некоторых ручных профессий, удовлетворительная социальная адаптация, создание семьи. Нередки дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, ротацизма и лямбдацизма (не произносятся звуки «с», «р», «л») и др.

Грамматические структуры речи упрощены, пациенты могут быть болтливы, но не владеют культурой речи, коммуникативными ее аспектами (умение слушать, заинтересовать и т. д.). От олигофрении следует отличать пограничную умственную отсталость. Принципиальное отличие заключается в том, что при олигофрении в первую очередь страдают умозаключения, процессы обобщения и абстрагирования, а также познавательные потребности. При пограничной умственной отсталости преимущественное нарушение касается так называемых предпосылок интеллекта (внимания, памяти, активности, восприятия и др.), в то время как процессы обобщения и абстрагирования, способность схватывать логические отношения остаются на удовлетворительном уровне, дети обучаемы, интеллектуальная ограниченность в принципе может быть преодолена с возрастом или путем соответствующей постановки обучения.

Синдромы деменции. Деменция (ослабоумливание) — обусловленное заболеванием мозга, снижение интеллекта. Проявляется нарушением ряда высших корковых функций, включая внимание, память, мышление, ориентировку, понимание, счет, суждение, речь, способность к обучению. Наблюдается ослабление когнитивных функций, эмоционального контроля, социальной адаптации. Сознание не изменено, однако, осознание болезни отсутствует (анозогнозия), если деменция носит тотальный характер.

К деменции не относятся временные (преходящие) изменения интеллекта, напоминающие слабоумие, например, связанные с депрессией. Основными при деменции считаются нарушения процессов памяти (фиксации, ретенции, репродукции) и мышления (интерпретация поступающей информации, способность к рассуждению, замедление процессов мышления). Диагноз деменции можно считать достоверным, если вышеупомянутые расстройства существуют (прогрессируют) не менее шести месяцев.

Различают парциальное и тотальное слабоумие.

Парциальная (частичная, лакунарная, дисмнестическая) деменция проявляется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций с преобладанием дисмнестических нарушений. Ядро личности, самосознания, стиль поведения заметно не страдают, запас навыков и знаний сохраняется на уровне, обеспечивающем ориентировку в происходящем и самообслуживание. Ограничения в первую очередь касаются нового опыта, планирования, воображения, оригинальности и творчества, прогностической функции, расстройство критики выражено нерезко либо отсутствует. Пациенты понимают факт интеллектуального снижения, адекватно на это реагируют, стремятся компенсировать свою несостоятельность.

Тотальная (глобарная) деменция характеризуется и более или менее равномерным поражением всех сторон познавательной деятельности, глубоким снижением личности, потерей спонтанности, утратой критики к своему состоянию. Лакунарное слабоумие при прогрессировании может переходить в глобарное. Деление деменции на парциальную и тотальную диктуется практическими соображениями и носит условный характер. Различают следующие виды деменции.

ИНТЕЛЛЕКТ

Интеллект включает в себя приобретенные знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности.

Интеллектуальные качества человека определяются кругом его интересов, объемом знаний.

ИНТЕЛЛЕКТ

Мышление представляет собой активную функцию интеллекта и совершенствуется по законам логики. Такие мыслительные операции, как анализ, синтез, сравнение, суждение и умозаключение, являются самостоятельными категориями, но осуществляются на основе интеллектуальных возможностей, опыта и знаний.

Мышление - это интеллект в действии.

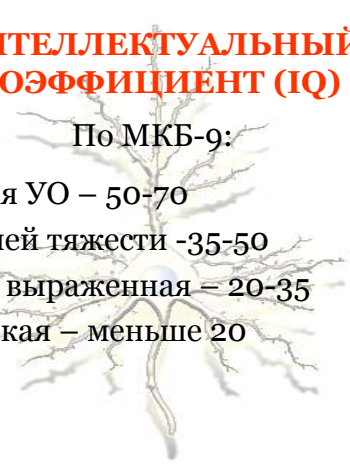
ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА



ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ (IQ)

По МКБ-9:

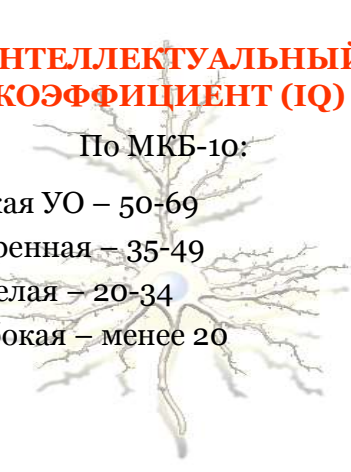
- ✂ Легкая УО – 50-70
- ✂ Средней тяжести -35-50
- ✂ Резко выраженная – 20-35
- ✂ Глубокая – меньше 20



ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ (IQ)

По МКБ-10:

- ✂ Легкая УО – 50-69
- ✂ Умеренная – 35-49
- ✂ Тяжелая – 20-34
- ✂ Глубокая – менее 20



6-тема Воля и деятельность, поведение в мед. практике.

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	<ol style="list-style-type: none"> 1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости 	
1. Введение (10 мин)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы 	
2 – основной этап (205 мин)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - укажите особенности психологии с соматической патологией - основные методы психологических исследований 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу. 	<p>Разделяются на малые группы</p> <p>Отвечают на вопросы</p> <p>Наблюдают</p> <p>Слушают</p> <p>Участвуют</p>
3- заключительный этап (10 мин)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Клинические и параклинические методы исследования личностных особенностей. 	<p>Слушают</p> <p>Записывают</p>

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: "В здоровом теле — здоровый дух". Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о "внутренней картине здоровья" и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987).

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов" (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. И в настоящее время здоровье трактуется как способность к

адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лишук В. А., 1994). Благодаря позитивному определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто — здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности, одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста — чувствования, действия, самоотношения — является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой (Каган В.Е., 1986). Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность (Петровский Б.В., 1973). Внутренняя картина здоровья — составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия "состояние здоровья" и "самочувствие". Состояние здоровья — истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. Самочувствие же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей (Исаев Д.Н., 1996), а также в силу своеобразия структуры личности — нестабильности самооценки, "Я-образа" в целом и физического "Я", зависимости собственной самооценки от оценок других людей.

Рядом отечественных авторов (Громбах А.М., 1988; Тхостов А.Ш., 1993; Лебединский В.В., 1994; Карвасарский Б.Д., 1982 и др.) представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1 -я группа — совершенно здоровые, жалоб нет;

2-я группа — легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными

психотравмирующими событиями, напряжением адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа—лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа — клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях "адаптация", "социализация" и "индивидуализация" (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Понятие "адаптация" включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него гео-социальных условиях.

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека. Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе ("другой такой же живой, как и Я"). Вторым критерием определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им. Третий критерий — как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества — это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К.Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других — один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заметить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно — в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения

перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа—переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза "капитуляции" — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску "новых" методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980).

При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия "болезнь" часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа "ухода в прошлое", которое оценивается ими как эталон счастья, или "ухода" от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не

сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение Л.С. Выготского (1983) о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны "психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила". Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в

пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются ночные делирии — беспокойство и галлюцинирование по ночам.

В социальной психологии утверждается, что социализация продолжается непрерывно — всю человеческую жизнь. В определенном смысле можно даже говорить о первичной и вторичной социализации (Петровская Л.А., 1999). Первая соответствует периоду становления ребенка. Вторая связана с саморазвитием взрослого. Естественно, жизнь взрослого является продолжением детской жизни и вырастает из нее, однако продуктивность жизни взрослого во многом может зависеть от необходимости пересмотра, обновления каких-то ценностей, установок, поведенческого репертуара (при вступлении в брак, рождении ребенка, разводе, болезни и других проблематизирующих жизнь обстоятельствах).

Анализируя собственную жизненную дистанцию, каждый зрелый человек выделяет свои, особые возрастные этапы взрослого состояния. Например, молодой человек после службы в армии чувствует себя намного взрослее сверстников, которые в армии не служили. Существуют и так называемые профессиональные границы у летчиков, операторов определенных производств и т.п. По внутренним ощущениям физически здоровые, волевые люди не чувствуют в себе каких-то особых перемен на границе и 60-летнего возраста. Поэтому очень трудно создать психологическую периодизацию взрослого человека в силу того, что сложно однозначно хронологически выделить, скажем, этапы максимального расцвета личности — акме. Расцвет личности бывает в 40, в 60 и даже 80 лет. У некоторых людей таких "взрывов—подъемов" может быть даже несколько.

Акмеология—наука о периоде максимального расцвета личностного роста, высшего момента проявления духовных сил и творчества. Акме (древнегреческое — "цветущая сила", "вершина возможностей человека") — базовая категория данной науки, вбирающая в себя, наряду с физическими, также социальные, нравственные, профессиональные, ментальные и многие иные высшие достижения в развитии человека.

Большая часть исследователей относит начало периода взрослости к моменту окончания юности — к 18-19 годам, а конец—к возрасту 55-60 лет (Бодалев А.А., 1999). В этом диапазоне выделяют ряд стадий: 1) ранней взрослости (18-30 лет); 2) средней взрослости (30-45 лет); 3) поздней взрослости (45-55 лет); 4) предпенсионного возраста (50-55 лет для женщин, 55-60 лет для мужчин). При этом для каждой стадии отмечаются характерные для нее особенности.

Для стадии ранней взрослости характерно овладение ролью взрослого человека, получение избирательного права, полная юридическая и экономическая ответственность. У большинства складывается собственная семья, рождается первый ребенок. Завершается получение высшего образования. На работе осваиваются профессиональные роли, образуется круг общения, в основе которого избранная профессия.

Средняя взрослость — это период совершенства в выполнении профессиональной роли и старшинства, а иногда и лидерства среди товарищей по работе, относительная материальная самостоятельность и сравнительно широкий круг социальных связей, а также наличие и удовлетворение интересов вне рамок профессиональной деятельности.

Поздняя взрослость характеризуется высококвалифицированным выполнением избранных в молодости профессиональных и социальных ролей и, как правило, достижением пика в должностном статусе, а также некоторым снижением социальной активности. Во многих случаях в это время происходит уход из семьи выросших детей.

Предпенсионный возраст — происходит заметное снижение физических и умственных функций, но вместе с тем это годы, благоприятные для занятия наиболее видного положения в своем социальном кругу. В основной области труда наблюдается спад профессиональных притязаний, и происходят существенные изменения во всей мотивационной сфере в связи с подготовкой к предстоящему пенсионному образу жизни.

Одной из наиболее интересных зарубежных концепций, вошедших в научный "арсенал" современной возрастной психологии, является теория американского психолога Эрика Эриксона (Erikson E.H., 1964) о восьми стадиях развития личности. В психологии взрослых людей он выделил три основные стадии: ранней (25-35 лет), средней (35-45 лет) и поздней (45-60 лет) зрелости.

Ранняя зрелость (25-35 лет) — главным психологическим моментом этого возраста является установление интимности и близких личных связей с другим человеком. Если человек терпит неудачу в интимном общении, то у него может сформироваться и нарастать чувство изоляции от людей с ощущением, что он может во всем полагаться только на себя самого.

Двадцатилетние обычно имеют дело с выбором супруга и карьеры, намечают жизненные цели и начинают их осуществление. Позже, около тридцати лет, многие приходят к переоценке своих прежних выборов супруга, карьеры, жизненных целей; иногда дело доходит до развода и смены профессии. Наконец первые годы после

тридцати, как правило, время сживания с новыми или вновь подтверждаемыми выборами.

Средняя зрелость (35-45 лет) — этот период является периодом своеобразной переоценки личностных целей и притязаний и часто сопровождается внезапным ощущением и осознанием того, что уже прожито полжизни—"кризис середины жизни" (Джеке, 1965).

Кризис середины жизни определяется расхождением между мечтами, целями молодости и действительными, достигнутыми результатами. Поскольку мечты молодости чаще являются не очень реальными, то и оценка достигнутого также часто оказывается негативной и окрашенной отрицательными эмоциями. Человек начинает пессимистично оценивать и свое будущее — "уже не успеть, а менять что-либо поздно...". Заполняя опросники, люди в возрасте 35-40 лет начинают не соглашаться с такими фразами, как "есть еще уйма времени, чтобы сделать большую часть того, что я хочу". Вместо этого они констатируют: "Слишком поздно что-либо изменить в моей карьере" (Гоулд, 1975; цит. по Массен П., Конгер Дж. И др., 1982).

Убывание физических сил и привлекательности — одна из многих проблем, с которыми сталкивается человек в годы кризиса среднего возраста и в последующем. Для тех, кто полагался ранее на свои физические качества и привлекательность, средний возраст может стать периодом тяжелой депрессии. Многие люди просто начинают жаловаться на то, что они больше устают—не могут, например, как в студенческие годы, проводить несколько дней без сна, если этого требует важное дело. Хотя хорошо продуманная программа ежедневных упражнений и соответствующая диета оказывают свое положительное действие. Большинство людей в среднем возрасте начинают полагаться не на "мышцы", а на "мозги". Они находят новые преимущества в знании, накопленном жизненном опыте; они приобретают мудрость.

Другим важным вопросом среднего возраста является сексуальность. У среднего человека в среднем возрасте могут наблюдаться некоторые отклонения в сексуальных интересах, способностях и возможностях, особенно по мере того как подрастают дети. Он может удивиться тому, сколь большую роль сексуальность играла для него ранее в отношениях с людьми. С другой стороны, есть люди, которые и в среднем возрасте продолжают рассматривать каждого человека противоположного пола лишь в рамках сексуального притяжения или отталкивания, а одноименного пола — как потенциального соперника. По мнению психолога Пека (1968), в более удачных случаях достижения зрелости сексуальная эгоцентрическая установка до известной степени блокируется, а партнеры по общению воспринимаются более как потенциальные друзья и взаимопонимающие личности, т.е. "социализация" в отношениях с людьми замещает прежнюю "сексуализацию".

Успешное разрешение кризиса среднего возраста включает обычно переформулировку целей на более реалистичные с осознанием ограниченности жизни всякого человека. Супруг, друзья и дети приобретают все большее значение, тогда как собственное Я все более лишается своего исключительного положения (Гоулд, 1972). Главным в средней зрелости становится желание повлиять на следующее поколение через собственных детей или путем личного вклада в успехи общества. Эта центральная тема "генеративное™" и определяет желание человека быть продуктивным, нужным окружающим людям, что, в свою очередь, и делает его счастливым. Жизненная неудача на этой стадии может также способствовать

изоляции и поглощенности только самим собой.

Поздняя зрелость (45-60 лет) — протекает неодинаково у людей, ярко переживших кризис середины жизни, и у людей, которым удалось его избежать. Последние не производили осознанно ревизии своих планов и достижений и гораздо легче теряют энергичность и живость, так необходимую для продолжения своего личностного роста в последующие годы.

Если переоценка ценностей в середине жизни все же состоялась, то ее следствием является глубинное обновление личности с ростом удовлетворения собой в последующие годы. Активность личности не снижается, и даже наблюдается ее рост. Например, имеются наблюдения, что кроме первого оптимального интервала для выдающихся открытий (40 лет) существует и второй пик творческой активности — в 50-55 лет (Leman Н.С., 1953; Пельц Л., ЭндриусФ., 1973).

СТАРЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЯ СТАРОСТИ

Человек, как и все живые существа, рождается, растет и развивается, достигает зрелости, а затем постепенно начинает увядать, стареет и умирает. Старение и старость — нормальное, естественное, физиологическое явление, это определенный отрезок онтогенеза.

В литературе существуют большие расхождения в определении понятия "поздний возраст" и той возрастной границы, которая знаменует начало старости. В 1970 году на совещании научной группы ВОЗ была достигнута договоренность считать 65 лет началом позднего возраста (old age), хотя убедительного научного и клинического обоснования для его выделения нет. Соответственно возраст в 50-64 года считается в геронтологии средним, в 65-74 года — предстарческим (пожилым), в 75-90 лет — старческим.

Большинство клиницистов, и в первую очередь психиатры, рассматривают возраст в 45-50 лет как начало инволюции у человека. Весь инволюционный отрезок онтогенеза ими подразделяется на три периода: 45-60 лет — климактерический, пострепродуктивный период; 60-70 лет — пресенильный период (пожилой, предстарческий возраст); 70 и более лет — сениум (старость).

Физиологический и патологический климакс. Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области (повышение порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов), приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. Большинство авторов физиологическим считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов с постепенным угасанием менструальной функции. Патологический климакс проявляется дисфункциональными маточными кровотечениями и так называемым климактерическим синдромом. Последний, кроме вегетативных ("приливы" жара, потливость, колебания давления крови) и эндокринных проявлений, включает комплекс психопатологических нарушений. Происходит своеобразная перестройка системы отношений личности. М.Э. Телешевская подчеркивает, что даже бывшие ранее активными и энергичными женщины становятся в этом возрасте мнительными, тревожными, снижается самооценка. Условно-патогенными невротизирующими факторами становятся такие проявления, как изменение внешности (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин). Иногда на первый план выступает нарастающая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые ранее представляли интерес.

Обычно климактерический синдром представлен четырьмя клиническими вариантами: астеническим, сенесто-ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим. Способность женщины адаптироваться к всевозможным жизненным ситуациям в период климакса снижается.

Для периода инволюции и собственно старости, как и для каждого другого периода жизни человека—детства, юности, зрелости, — характерны возрастные особенности, своя возрастная норма. Если в молодости преобладают явления прогрессивного развития с нарастанием возможностей приспособления к окружающей среде, то в периоде увядания и обратного развития (инволюция), напротив, преобладают регрессивные явления, ухудшающие приспособительные возможности человека. Важно отметить, что хотя процесс старения и сопровождается ослаблением гомеостатических процессов, но одновременно происходит и приспособление всех систем организма к новому уровню жизнедеятельности. И.В. Давыдовский (1966) этот процесс называет особой **инволютивной адаптацией**, "отвечающей физиологическим ресурсам старого человека".

В рамках биологических подходов к старению основной проблемой геронтологии, которая была сформулирована еще А.А. Богомольцем (1938), является изучение старения организма с целью профилактики его преждевременного старческого увядания. Не все клетки, ткани, органы и системы организма старятся одновременно и в одинаковой степени, но при этом процесс физиологического старения закономерно гармоничный. Хотя между календарным (возрастным) и фактическим (телесным и психическим) старением не всегда отмечается совпадение (может быть как запоздалое, так и преждевременное старение), все же, в основном, поздний возраст определяет старческие изменения в организме.

Эти изменения сами по себе не являются патологией, но при этом происходят сложные изменения в строении и функционировании всех систем организма, в том числе сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной. Падает "запас прочности", снижаются реактивные способности человека. Эти возрастные изменения затрудняют существование старого человека, он страдает от своих "старческих недугов", чувствует себя дискомфортно.

История изучения причин старения показывает, что со времени зарождения медицины вплоть до начала XX столетия наблюдалось две тенденции.

Первая — объяснять наступление старости постепенной потерей ("расходом") каких-то веществ или свойств, которые присущи организму в молодости и приводящих, с их окончательным затуханием, к смерти.

Вторая — приобретение, накопление вредных воздействий, которые приводят к необратимым нарушениям гомеостаза, самоотравлению организма и угасанию жизни.

По мере развития науки менялись исходные теоретические позиции и способы доказательства, но эти две тенденции все равно прослеживались. Например, известная концепция И.И. Мечникова связывала старение с накоплением и воздействием на организм кишечных токсинов. В последующем эти идеи получили развитие в аутоиммунной теории старения, где главное значение придается аутоинтоксикации и снижению иммунитета по отношению к накапливающимся продуктам нарушенного обмена (теории "непрограммированного" старения).

Начиная с 60-х годов, внимание исследователей все больше привлекает изучение нарушений генетической информации клетки как возможной причины

преждевременного старения и смерти. Существует даже мнение, что старение является закономерным, генетически запрограммированным процессом, логическим следствием роста и созревания клеток {теория "программированного" старения, биологических "часов"). В соответствии с так называемым "феноменом Хайф-лика" (возможности числа делений клетки ограничены) предполагается, что именно гены "отключают" механизмы, которые ответственны за точность при воспроизведении клетки. Полагают, что в популяциях с относительно большим числом долгожителей, ранее наблюдалась высокая смертность младенцев, что и способствовало генетическому закреплению в поколениях перспектив долголетия (Бенджамин Б., 1968; Алпатов В., 1962 и другие).

Психологические подходы к старости описывают психологические аспекты старения. Собственно психические изменения, наблюдающиеся в процессе старения, связаны с процессами инволюции в центральной нервной системе. На скорость их возникновения и особенности проявлений существенное влияние оказывает вся биологическая и психосоциальная история предшествующих периодов жизни — врожденные особенности, приобретенные личностные качества, психические и социальные характеристики, составляющие жизненный опыт данного человека, перенесенные заболевания, травмы и т.д. Поэтому, наряду со свойственными старению общими, облигатными изменениями психических функций, психическое старение у каждого человека имеет и свои индивидуальные проявления — каждый старится по-своему. Не случайно говорят, что на протекание процесса старения существенное влияние оказывают и представления самого человека о том, что есть старость и как она должна протекать.

Среди облигатных признаков старения психики наиболее общим свойством является **снижение активности и замедление всех психических процессов**. Замедленность касается как простых сенсорных функций (зрение, слух, вкус, осязание), так и более сложных — психомоторики, восприятия нового, запоминания. Замедляются все поведенческие реакции, включая способность к адаптации в меняющихся условиях. В процессах замедления главную роль играют морфо-функциональные изменения в нервной системе, характеризующиеся повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах.

Кроме этого, в процессах замедления определенную роль играют и психологические факторы — настроение, установка личности на выполнение задания, неожиданность или ожидаемость решаемой задачи, ее сложность.

Снижение функции памяти, ассоциируемое со старением как одним из наиболее частых его признаков, наблюдается не у всех старых людей. Забывание более распространяется на материал, не организованный по смыслу, т.е. более страдает механическая память. Одновременно нарушения мнестической деятельности в логико-смысловой памяти отражаются преимущественно на запоминании наиболее сложных и реже употребляемых логико-смысловых структур.

Относительно старения эмоциональной сферы существует мнение, что выявляемые биохимические сдвиги у пожилых людей (снижение активности норадреналин- и серотонинергических систем с ростом уровня адреналина в тканях) предрасполагают по мере старения к более частому появлению депрессивного и тревожного настроения. С другой стороны, на состояние эмоциональной сферы

большое значение оказывает социальная сторона жизни пожилого человека. В этом отношении ущербными для личности являются переживания утраты прежних социальных ролей, уменьшение доходов, ограничение социальных контактов. Все это способствует развитию мнительности, неуверенности, сосредоточению интересов на здоровье и сугубо личных жизненных проблемах. Отсюда повышенное внимание к своему здоровью, стремление к самоанализу и лечению, опасения бедности и повышенное чувство бережливости старых людей. Неуверенность в совокупности со снижением физического потенциала и психосоциальными факторами старения способствует развитию мнительности, тревожности и склонности к грустному настроению у большинства старых людей.

В литературе описывается также своеобразное эмоциональное состояние пожилых людей, обозначенное как возрастно-ситуативная депрессия при отсутствии ж&тоб на это состояние (Шахматов Н.Ф., 1996 и др.). Она характеризуется ослаблением аффективного тонуса, замедленностью и отставленностью аффективных реакций; при этом лицо старого человека ограничено в возможностях передать душевные эмоциональные движения. Пожилые люди могут сообщить о чувстве пустоты окружающей жизни, ее суетности и ненужности. Интересна и полна смысла была только жизнь в прошлом, но она никогда не вернется. Все эти переживания воспринимаются пожилыми людьми как обычные и не носящие болезненного характера. Они являются как бы результатом переосмысления жизни и имеют адаптивную ценность, поскольку предохраняют человека от стремлений, борьбы и от сопряженного с ним волнения, которое крайне опасно для стариков. Исследования американских психологов показали, что тенденция к необоснованному, не подкрепленному серьезными интересами и основаниями оптимизму, имеет негативное влияние на продолжительность жизни в старости (KalishR., 1979).

Характерны особенности умственной и познавательной деятельности стареющих и старых людей. У них постепенно снижается острота и скорость восприятия, ослабевают параметры внимания, ухудшается память. Все это "предпосылки" собственно интеллектуальных способностей, и в их улучшении заключаются скрытые резервы повышения познавательной деятельности пожилых людей. Собственно умственная деятельность, т.е. способность к анализу и синтезу, процессу образования понятий, суждений и умозаключений, долго является сохранной в позднем возрасте. Однако темп психической активности, умственная работоспособность с возрастом снижается.

Мотивация познавательной активности претерпевает также изменения в сторону занижения интереса к новому и оживления, преувеличенного интереса к прошлому. Этим может объясняться негативная установка к познанию нового, актуального и одновременно — возрастание консерватизма мышления и взглядов.

Долгая сохранность привычной профессиональной деятельности у многих пожилых людей находит объяснение в том, что несмотря на то что у старых людей снижается способность к усвоению нового и способность к адаптации, длительное время не нарушены функции оперирования накопленными в процессе жизни знаниями. Лишь с предъявлением новых и повышенной трудности задач, с нарушением привычных стереотипов умственной деятельности могут наступить ее упадок и психическая декомпенсация. Творческое мышление и творческие способности с возрастом у большинства людей снижаются, хотя в истории известно много случаев их полной сохранности до глубокой старости.

Характерологические изменения, свойственные нормальному старению, можно

рассматривать как происходящие за счет продолжения усиления присущих людям в более молодом возрасте черт в совокупности с изменениями, привносимыми самим процессом старения. Так, некоторые люди с тревожно-мнительными чертами становятся еще более мнительными, тревожными и подозрительными, у расчетливых развиваются мелочность и скупость, доходящие при акцентуации до постоянного страха быть обворованным, оказаться нищим. Принципиальность и твердость установок часто преобразуются в непримиримость к взглядам окружающих, порождают "войну поколений", конфликты с окружающими. Эмоциональная несдержанность заостряется до степени взрывчатости, нередко — полной утраты контроля над эмоциональными реакциями. Сенситивность может перерасти в стойкое чувство пониженной самооценки, а при заострении проявляется в депрессивном фоне настроения, в переживаниях ущерба, отношения и преследования по типу сверхценных идей.

В силу соматических недугов и болезней, присущих старению, а также условий, способствующих "уходу в себя", старые люди больше сосредоточены на состоянии здоровья, становятся ипохондричными, много времени уделяют медицинским обследованиям, визитам к врачам, в их интересах все это приобретает доминирующее значение. В связи с этим "отношения" стариков с медициной становятся особой этико-деонтологической проблемой. В силу ухудшающегося здоровья, мнительности, тревожности, неуверенности в будущем и снижения жизненной и социальной перспективы старые люди больше подвержены паническим настроениям, труднее приспосабливаются к переменам личной и общественной ситуации, часто при этом наступает временная декомпенсация психической деятельности (например, депрессии при перемене привычных условий, в частности квартирных, при появлении в семье новых членов, при уходе на пенсию и т.д.).

Наряду с указанными ущербными сдвигами характера, у многих людей в старости наблюдаются и положительные изменения. Можно нередко наблюдать умиротворенность, отход от мелочных интересов жизни к осмыслению главных ценностей, адекватную переоценку своих желаний и возможностей, сглаживание противоречивых черт характера. Рассматривая изменения характера в старости, нельзя, по-видимому, строго разграничить указанные тенденции, ибо у одного и того же человека могут наблюдаться как негативные, так и положительные изменения.

Известный психолог Эриксон для периода жизни в 60-70 лет выделяет главную психологическую тему—тему единства, т.е. способности взглянуть на прошлую жизнь с удовлетворением. Если жизнь приносила удовлетворение и человек достиг чувства единства с собой и другими людьми, то старость будет счастливой порой. По мере того как укорачивается будущее, человек чаще обращается к прошлому, пересматривая свою жизнь, нередко с мудростью, позволяющей придать другое, большее значение эпизодам и ситуациям его жизни. Цель развития в старости — достижение ощущения, что прожита значительная и полная удовлетворения жизнь, а также то, что и в настоящий момент она максимально активна.

Социологические подходы к изучению старости и старения концентрируют внимание на положении стареющего человека в обществе, места его в социуме. Физическое, психическое, социальное и экономическое благополучие и здоровье у пожилых людей взаимосвязаны теснее, чем в более молодых возрастных группах, что обуславливает необходимость в их комбинированной оценке. Особое значение при

этом придается взаимоотношениям старого человека с его ближайшим окружением. При существующей замедленности и психосоциальной интровертированности, трудностях адаптации к переменам у пожилых создаются условия для развития ригидности и консерватизма суждений, недооценки опыта новых поколений и идеализация собственного опыта. Это приводит к непониманию и конфликтам с молодыми, нарушению взаимоотношений в семье. Непонимание психологических особенностей старых людей более молодыми членами семьи усугубляет разрыв и нередко приводит к социальной изоляции стариков в семье, что представляет опасность их психической декомпенсации. Напротив, доброжелательная микросоциальная атмосфера способствует сохранению психического здоровья, самооценки, достоинства и положительных социальных установок и взглядов старых людей.

Медико-психологические аспекты старения разнообразны и не ограничиваются отклонениями от "нормативной" линии психологического старения, обусловленной физиолого-биологическими факторами. Важное значение при этом придается и субъективной оценке человеком происходящих с ним изменений. По наблюдениям психиатра-геронтолога А.У. Тибилевой (1991), существуют три типа нормовозрастных изменений личности в позднем возрасте. В основе их различий лежит фактор субъективной оценки убывающих с возрастом психофизиологических возможностей и социальных утрат.

Первый тип — тип адекватного самовосприятия с пониманием ущербных изменений: повышенной тревожности, неудовлетворенности своими возможностями, пониманием неотвратимости усиления недугов и стремлением "себя обезопасить", консерватизмом взглядов и ригидностью суждений, интересов.

Второй тип — гипертрофированное восприятие изменений, претерпеваемых с возрастом, в психической, физической и социальной сферах, что проявляется грустным настроением, чувством невозвратимости жизненных потерь, "замыканием" интересов на вопросах здоровья, социального и материального благополучия, развитием ипохондричности, тревожности и в целом — интровертированности.

Третий тип — полярный предыдущему, характеризуется субъективной недооценкой возрастных изменений, несколько преувеличенным представлением о своих способностях наряду с недооценкой сниженных возможностей.

Второй и третий типы при нарастающем заострении представляются граничащими с акцентуацией личности соответственно по типу депрессии и гипомании. При патологической старости эти и все другие особенности изменений психики в позднем возрасте приобретают утрированно заостренный характер. У старых людей чаще, чем у молодых, стирается грань между нормой и патологией. Вследствие повышения чувствительности, снижения реактивности и падения выносливости к различным раздражителям и стресс-факторам даже незначительные, обычно непатогенные физические и психические раздражители могут вести у людей в позднем возрасте к дезорганизации гомеостаза, к декомпенсации и заболеваниям. В происхождении и структуре психических расстройств у стариков в значительно большей степени, чем у молодых, нечетки границы между психогенным и соматогенным, функциональным и органическим, локальным и общецеребральным. Различные неприятные переживания, даже не

очень тяжелые, могут вести не только к невротическим и реактивно-психотическим состояниям, но и к расстройствам ясности сознания, "спутанности". Нарушения психики у старых людей легко возникают и при относительно не очень тяжелых соматических заболеваниях.

7-тема Понятие о личности, развитие и особенности личности. Темперамент.

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (205 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - укажите особенности психологии с соматической патологией - основные методы психологических исследований 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Методы исследования особенностей и межгрупповых состояний.	Слушают Записывают

Личность—совокупность психических свойств, включающая динамические тенденции, особенности темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая направление деятельности, индивидуальные возможности и поведение (Рубинштейн, 1946).

Динамические тенденции личности. Это ее потребности, интересы, склонности, идеалы и ценности, а также установки. Потребности—«нужда» организма в том, без чего нормальное его функционирование невозможно. У человека существует сложное и иерархически организованное единство различных потребностей, как врожденных (потребности в пище, безопасности и др.), так и приобретенных (потребность в труде, общении, интеллектуальные и эстетические

потребности и др.). Момент зарождения или актуализации той или иной потребности субъективно определяется как неясное, смутное, беспредметное состояние внутреннего напряжения — влечение; с момента осознания объекта потребности оно становится стремлением. Интересы — состояние сосредоточенности на объекте потребности, желание ближе познакомиться с ним, глубже его понять. Склонность — направленность на определенный вид занятий, потребность в каком-либо определенном виде деятельности. Поведение человека во многом определяется имеющимися у него представлениями о долге, обязанностях, о нравственных нормах или, другими словами, идеалами личности. Личностные ценности — представления об объектах или видах деятельности, связанных с удовлетворением основных потребностей и смыслом жизни индивида. Установка — состояние мобилизованности, готовности к какому-либо виду деятельности, отражающее упрочившееся отношение человека к существующим проблемам и явлениям действительности. Весьма существенным компонентом личности являются способности. Различают общую способность и специализированные ее виды. Первая представляет собой ту степень продуктивности, которую субъект обнаруживает в процессе обучения и приобретения навыков в целом. Специальные виды одаренности являются формой выражения общей способности, получившей преимущественное развитие в том или ином направлении.

Темперамент. Характеристика силы и подвижности основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Темперамент выражается такими психологическими свойствами, как впечатлительность и импульсивность. Впечатлительность — это глубина и прочность следов внешних воздействий на психику. Импульсивность характеризует ту степень легкости, с какой возникающие побуждения к деятельности реализуются в поведенческие акты. К числу важнейших сторон личности относятся также врожденные особенности аффективной сферы, влияющие на интенсивность, продолжительность и общую направленность эмоциональных реакций и колебаний настроения.

Характер. Сложившиеся и упрочившиеся навыки поведения, то, что определяет постоянство и конкретный характер поступков в той или иной ситуации («характер»—«чеканка»). В характере, таким образом, находят внешнее, практическое выражение потребности, интересы, идеалы и другие стороны личности.

Только что приведенный фрагмент текста характеризует, скорее, структуралистский подход к пониманию личности — один из многих ныне существующих. Коротко остановимся на других, но главное — попытаемся интегрировать важнейшие их положения. Все теории личности могут рассматриваться в контексте трех основных направлений. Глубинная психология (психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера, эпигенетическая теория Э. Эриксона, другие течения) в качестве важнейшего выдвигает тезис о том, что развитие личности детерминировано главным образом или даже исключительно биологическими факторами, врожденными динамическими тенденциями, влечениями. Между разными школами глубинной психологии нет единства лишь в понимании того, какими являются эти влечения. Внешне противоположную позицию по отношению к ним занимают психологические теории, в которых личность рассматривается как

внутренняя структура, складывающаяся под влиянием обучения или социальных воздействий — бихевиоризм и социально-психологическая модель личности. С указанных позиций личность можно формировать в любом направлении и проблема заключается только в том, какими должны быть нужные для этого внешние влияния. Это несколько напоминает известную теорию изменчивости Т. Д. Лысенко применительно к человеку. Отличие от психоанализа тут лишь кажущееся, — как в том, так и в другом случае человек поставлен в полную зависимость от обстоятельств и в принципе не так уж важно, являются ли они внутренними или внешними. Реакцией на оба упомянутых подхода стало появление гуманистической или «вершинной» (В. Франкл) психологии. Центральным в ней является тезис о том, что главное в личности—это ее духовное начало, и что человек, в конечном счете, создает себя сам. По словам Г. Фихте, каждое животное есть то, что оно есть; только человек изначально — ничто. Тем, чем он должен быть, он должен сделаться... и сделаться сам собою, своей свободой; я могу быть только тем, чем я сделаю себя сам.

При всех важных различиях между ними, упомянутые направления психологии личности дополняют друг друга, поскольку каждое из них ориентировано на изучение разных аспектов целостной структуры: биологических, психологических, социальных и духовных. Тем самым проясняется проблема структурирования личности.

Структура личности может быть представлена в виде иерархически построенной системы ряда уровней (свойств, качеств): биологического, индивидуально-психологического, социально-психологического и духовного. Биологический уровень представлен врожденными и формирующими в первые месяцы жизни после рождения качествами, такими, как типы телесной конституции, психомоторики и психосоматического реагирования; влечения, темперамент, задатки, общее отношение к себе и внешнему миру (экстраверсия или интроверсия), аффективная установка, эмпатия, активность, контактность и способность к формированию привязанностей. Индивидуально-психологический уровень характеризуют особенности инструментальных психологических функций: внимания, памяти, мышления и т. д. Социально-психологический уровень образован из качеств, отражающих влияние социальных структур на человека: лидерство, конформность, способность к сотрудничеству, партнерству, ролевое поведение. Высший, духовный уровень образуют представления человека о ценностях и идеалах, стремление к самоактуализации, смыслу жизни. Каждому уровню свойствен определенный тип преобладающей мотивации. Биологический — определяется врожденными динамическими тенденциями; индивидуально-психологический — эгоцентрическими, то есть направленными на самого себя; социально-психологический — социальными потребностями, отражающими интересы той или иной группы; духовный — стремлениями к реализации собственных представлений о ценностях, а в субъективном плане — осуществлению высших ценностей жизни. У конкретного человека каждая из упомянутых инстанций личности может определять направленность его поведения. Деятельность нижележащих уровней личности по принципу иерархии находится под контролем любой из вышерасположенных, если она является источником мотивации.

Индивидуальное развитие проходит ряд этапов, каждому из которых

соответствует доминирование в это время одного из упомянутых уровней организации личности. В момент рождения и короткое время после него (первые месяцы жизни) — это биологический этап, преформированный генетическими программами. На втором этапе личностного развития (до 10—11 лет) преобладает эгоцентрическая структура функционирования личности. Ее развитие определяется не только врожденными, но и внешними, в первую очередь семейными влияниями. Третьим является этап развития социальных качеств и решающее значение приобретает воздействие социальных структур, в которые включена личность. Он завершается к 18—20 годам. Последним является этап созревания сущностных, духовных инстанций личности. В основном, этот этап завершается к 40—45 годам жизни, когда человек достигает вершины развития и обретает, наконец, свое подлинное лицо (или становится ясно, что ничего такого у него нет и уже никогда не будет). В этот период основное значение в развитии имеет внутренняя работа над осмыслением жизни и от самого человека зависит, кем он в конце концов станет, здесь он действительно создает себя сам.

Индивидуальное развитие может завершиться на любом из промежуточных этапов, так что постоянно существует риск задержки развития и формирования в том или ином отношении незрелой личности. При психическом заболевании этот процесс нередко протекает в обратном порядке, приводя тем самым к последовательной регрессии личности. Старение личности, по-видимому, также может быть описано в терминах регрессии. Регрессия личности возможна в любом возрасте. В детской психопатологии специально выделяется класс клинических явлений, объединяемых понятием «регрессивные синдромы» (в возрасте от 1 до 7 лет). Это утрата навыков ходьбы, речи, опрятности, утрата коммуникативных элементов речи, мутизм, появление эхо-синдрома Вернике (эхолалия, эхокинезия, эхомимия), атетоидные и стереотипные движения. У взрослых пациентов это появление в психическом облике черт ювенилизма, детскости, что считается особенно характерным для шизофрении. Регресс может быть очень глубоким, «эстолько, что больные становятся крайне неряшливыми, неопрятными, запущенными — симптом Диогена. Некоторые пациенты собирают всякий хлам, превращая свои квартиры в свалки — симптом Плюшкина. В психологическом плане регрессия — способ защиты личности от непосильных для нее внешних требований. Пациент не справляется с трудностями жизни из-за недостатка психической энергии, необходимой для сложно организованного поведения. В связи с этим он «плывет по течению» — симптом дрейфа, считающийся характерным признаком шизофрении. Аналогичное явление наблюдается, однако, и при других заболеваниях (алкоголизм, наркомании, органические процессы).

Весьма сложней является проблема типологии личности. Анализ противоречивой литературы на эту тему позволяет выявить следующую закономерность. Существуют разные системы типов личности, каждая из которых претендует на универсальность, но фактически все они ориентированы лишь на какой-то один из упомянутых уровней или инстанций личностной структуры. Так, типологии, основанные на учете особенностей сложения тела (Кречмер, Шелдон), гормональной конституции (Брегман), темперамента (Павлов), апеллируют к органическому слою личности. Личностные типы К. Юнга —экстраверты и интроверты — построены на базе первичных психологических свойств, а система И. П. Павлова — художественный, мыслительный и средний типы —

психологических качеств. Классификация К. Леонгарда основана на разных критериях, вернее на их смешении, отчего она выглядит противоречивой. Тем не менее она адресована, в основном, эгоцентрическому уровню личности. Система «жизненных форм» Э. Шпрангера принимает во внимание лишь духовные ориентации личности. Типология соматических профилей личности Данбар акцентирует внимание на психологических и социальных свойствах личности, имеющих, как предполагается, непосредственное отношение к особенностям психосоматического реагирования.

Попыток интегрировать столь разные подходы к разграничению типов личности до сих пор, кажется, никто не предпринимал и трудно представить себе тот руководящий принцип, на основе которого их можно бы осуществить.

И, наконец, еще очень важным является вопрос о формулировании критериев здоровой, нормальной и незрелой или «невротической» личности. Примечательно, что этот вопрос возник лишь в рамках гуманистического направления психологии личности. И это не случайно, как нам кажется, потому, что в других направлениях психологии личность представляется изначально ущербной, поскольку рассматривается без того главного качества, который отличает собственно человека от «голой обезьяны» или общественного, говорящего животного — его духовного ядра, ответственности и свободы, его стремления к осмысленной жизни.

Наиболее полное определение того, что представляет собой здоровая, зрелая личность, принадлежит, на наш взгляд, А. Маслоу. Характерными чертами самоосуществляющейся личности автор считает следующие:

- действенное (эффективное) восприятие реальности и уверенная ориентировка в ней;

- согласие со своим собственным «Я», с другими индивидуумами и природой;

- спонтанность, как способность ценить искусство, веселое времяпрепровождение, способность к активной целеустремленности. Зрелая личность не угнетена условиями и умеет испытывать высшие переживания;

- способность решать те или иные задачи, погружаться в проблемы, не занимаясь при этом собой;

- внутренняя свобода. Нуждаясь в уединении, человек, обладающий внутренней свободой, склонен к дружбе и выявляет в достаточной степени свои привязанности, которые при этом не назойливы и не содержат в себе собственнических тенденций;

- относительная независимость от культурных условностей и условностей своей среды (лесть или критика не коверкает их основной линии жизни и развития);

- постоянная свежесть оценок;

- неограниченность умственного горизонта и искренний интерес к «последней сущности вещей» — фактор религиозной зрелости;

- социальное чувство (расположенность к другим, сочувствие к близким);

- способность устанавливать необычайно тесные, глубокие личные связи избирательного характера, то есть способность уважать каждое человеческое существо потому, что он человеческий индивид;

- этическая определенность — четкое различие справедливости и несправедливости в повседневной жизни;

- понимание юмора (невраждебное отношение к юмору);
- продуктивность, способность накладывать индивидуальную печать на свои дела.

Невротической личности, следовательно, свойственны противоположные черты, из которых можно упомянуть отсутствие реализма, индивидуальности, тенденции к саморазвитию, социальные и личные проблемы, обусловленные сосредоточенностью на себе, дезинтеграцию.

Кроме того, невротическую личность отличает система психологической защиты, которая стоит на пути реалистического восприятия окружающего и оценки собственного «Я». Из двух возможностей — изменить себя и ситуацию или сохранить иллюзорные представления о себе, невротик предпочитает последнее. В отечественной психологии и психиатрии невротические личности принято разграничивать на акцентуированные и психопатические. Описания тех и других сходны, четких критериев отличия между ними нет.

ЛИЧНОСТЬ



ЛИЧНОСТЬ

Темперамент – количественная характеристика, определяющая силу, скорость, темп, ритм протекающих процессов, уравновешенность процессов торможения и возбуждения, не меняется с возрастом и от воздействия социальной среды.

ЛИЧНОСТЬ

Характер – качественная, социально и биологически детерминированная составляющая, которая претерпевает изменения с возрастом и влиянием общества.

ЛИЧНОСТЬ

Акцентуация характера – не диагноз, это крайняя граница нормы, дезадаптация появляется только при определенной ситуации воздействия среды на слабое звено в личности, в которой есть сильные стороны, способные компенсировать и удержать личность в рамках адаптации.

СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХОПАТИЙ



8-тема Профессиональное общение в сестринской практике. Понятие о малых группах, психология общения

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (205 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - укажите особенности психологии с соматической патологией - основные методы психологических исследований 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Медико-психологические методы исследования семьи 3. Домашнее задание: Семейная психология в	Слушают Записывают

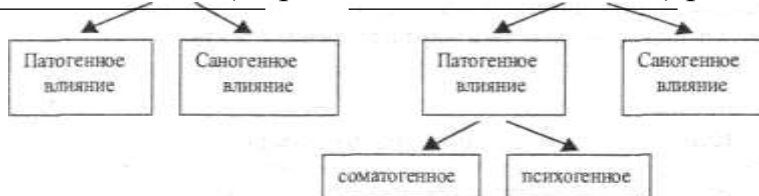
Влияние болезни на психику человека

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет **патогенное влияние** соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику. Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых

ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином **"соматогения"**. По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений — от невротических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.



Психогенное влияние болезни на психику. Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на сам факт заболевания и его последствия, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием **"внутренняя (или аутопластическая) картина болезни"**. Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе

положений нервизма (Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни указывали также М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966).

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1) Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2) Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологи

ческую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

Следует отметить, что в механизмах взаимоотношений психики и тела большую роль играют так называемые механизмы "замкнутого круга". Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (теле), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по "замкнутому кругу" развертывается целостная картина болезни. Особенно велика роль "замкнутого круга" в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер А., 1929) — создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием ("сенситивный" уровень болезни базируется на ощущениях, а "интеллектуальный" уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Р. Конечный и М. Боухал (1982) также используют понятие "аутопластическая картина болезни", подчеркивая не только "горизонтальное расчленение" картины болезни, но и "вертикальное"—в частности, рациональные компоненты во многом бессознательно управляются эмоциональными процессами; связь между субъективным и объективным сложна и не является прямолинейной.

Внутренняя картина болезни — в понимании известного терапевта Лурия Р.А. (1944. 1977) не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни, по Гольдштейну, находится в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Переживание болезни (Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972) — общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. "Переживание болезни" тесно связано с понятием "сознание болезни", хотя и неидентично ему.

Отношение к болезни (Рохлин Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958) — вытекает из понятия "сознание болезни", что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из такого отношения намерений и действий.

Понятие "сознание болезни" используется также в работах Е.К.Краснушкина (1950), А.С. Познанского (1966). Я.П. Фрумкин и И. А. Мизухин (1970) для описания отношения и реакции больного на болезнь пользуются термином "позиция личности к болезни". Т.Н. Резникова и В.М. Смирнов (1976, 1983) разработали понятие "психологического информационного поля болезни", в центре которого находится измененная болезнью "схема тела".

Балинт (Balint M., 1960) предложил понятие "аутогенное представление о болезни", а Хецен-Клеменс (Heszen-Klemens J., 1979) — "образ собственного заболевания".

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако в большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических формах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1) болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

3) интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет "масштаб переживаний" (Либих С.С., 1979) и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и "моделью болезни" больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться, так и приуменьшаться, вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

Масштаб переживания болезни

Гипернозогнозия

Нормонозогнозия Гипонозогнозия

• -----1 -----

Паника Адекватная Отрицание болезни реакция

При адекватном типе реагирования {нормонозогнозия} больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При гипернозогнозии больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при гипонозогнозии — склонны их недооценивать.

При диснозогнозии у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. Анизогнозия — полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к

заболеванию, тесно связана с осознанием больным своей болезни. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анизогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не может не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. Причем при этом у некоторых больных имеется иногда смутное и неотчетливое осознание своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача — коррекция модели болезни, коррекция "масштаба переживаний". Однако при коррекции внутренней картины болезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидировать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

9-тема Семейная психология в сестринской практике. Психология сестринской диагностики

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	
2 – основной этап (70 мин)	1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематике: - укажите особенности психологии с соматической патологией - основные методы психологических исследований 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу.	Разделяются на малые группы Отвечают на вопросы Наблюдают Слушают Участвуют
3- заключительный этап (10 мин)	1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: Методы и вопросы психотерапии и реабилитации. 3. Домашнее задание: Психогигиена и	Слушают Записывают

10-тема Психогигиена и психопрофилактика в сестринской практике. Психотерапия в сестринской практике Основы реабилитации в сестринской практике

1.2 Технологическая карта практического занятия

Этапы и время занятия	Преподаватель	Обучаемые
Этапы подготовки	1. Контролировать комфорт аудитории 2. Проверка подготовки студентов к занятию 3. контроль посещаемости	
1. Введение (10 мин)	1. Подготовка учебного материала. 2. Подготовка презентации слайдов 3. Разработка перечня используемой литературы	

2 – основной этап (70 мин)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разделить студентов на малые группы, Вопросы по тематики: - укажите особенности психологии с соматической патологией - основные методы психологических исследований 2. Пользуется наглядными плакатами 3. Пользуется слайдами. мультимедией 4. Демонстрация и курация тематического больного 5. Закрепить знания интерактивным методом. 6. делает выводы, поощряет активно участвовавших студентов, оценивает группу. 	Раздел яются на малые группы Отвеча ют на вопросы Наблю дают Слуша ют Участв уют
3- заключительн ый этап (10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Заключительные выводы 2. Самостоятельная работа: 3. Домашнее задание. 	Слуша ют Записы

ТИПЫ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ

Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о **стенической реакции** на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием. При **астенической реакции** на заболевание у больных имеется склонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспособляются к заболеванию. При **рациональном типе реакции** имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Ряд авторов (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежеева Л.Н., Якубов П.Я., 1977) описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом.

Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982)

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не

всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую "двойную ориентировку".

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы (Burne D.G., 1982) полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев (1936) и О.В. Кербинов (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом), замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом), игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем), компенсаторное поведение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогностический и другие варианты (Ше-валев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л., 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым (1980). Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросник), предложенной авторами.

Тип отношения к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980)

1. Гармонический — правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический — "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.

3. Анизогностический — активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".

4. Тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. Неврастенический — поведение по типу "раздражительной слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.

7. Меланхолический — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. Апатический — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. Сенситивный — чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

10.

Эгоцентрический — "уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО К БОЛЕЗНИ

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к

своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача — искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

"Преимущества" болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может "снять" с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности.

Р. Конечный и М. Боухал (1983) в этой связи выделяют нозофшъ-но-утилитарную личностную реакцию, которая связана с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Эта реакция может быть более или менее сознательной, и она может встречаться не только у больных, но и у вполне здорового человека. С этой точки зрения он рассматривает аггравацию (преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб), симуляцию (притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о наличии болезни) и диссимуляцию (скрывание болезни и ее признаков).

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают социальные последствия заболевания. По мнению Z.J. Lipowski (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни.

Реакции на информацию о заболевании зависят от "значения болезни" для больного:

1) болезнь — угроза или вызов, а тип реакций — противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);

2) болезнь — утрата, а соответствующие типы реакций — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) болезнь — выигрыш или избавление, а типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) болезнь — наказание и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки "ухода" от болезни).

**Критерии оценки знания и навыков
Порядок определения знания студентов**

По 100 балльной системе

№	Вид	Максимальный балл
1.	Текущий балл	5
2.	Сам. работа	5
4.	Итоговый балл	5
	Итого	5

Тестовые вопросы по медицинской психологии

1. Автоматизированное действие, сформированное в процессе упражнений:

- навык.
- умение.
- привычка.
- абстиненция.

2. Автор аутогенной тренировки

- Шулц
- Кречмер
- Форел
- Лурия

3. Автор высказывания – стресс имеется везде, где наблюдается жизнь, его отсутствие равно смерти

- Г.Селе
- Ф.Перлз
- З.Фрейд
- Э.Берн

4. Автор книги «О душе»

- Аристотел
- Гиппократ
- Гален
- Авиценна

5. Автор первой книги «Медицинская психология»

- Кречмер
- Дарвин
- Фрейд
- Павлов

6. Автор социометрической концепции:

- Морено
- Юнг.
- Маслоу.
- Торндайк.

7. Автор теории о двух важнейших типах личности: экстравертов и интровертов:

- Юнг.
- Маслоу.
- Торндайк.
- Фрейд.

8. Автор теории о поэтапном формировании умственных действий:

- Галперин
- Элконин.
- Леонтев.
- Узнадзе.

9. Автор теории о ступенях эволюционного развития психики:

- Леонтев
- Узнадзе
- Шабелников
- Галперин

10. Автор теории о трех уровнях психики: сознательном, подсознательном, бессознательном:

- Фрейд

Рибо

Селе.

Бине

11. Автор теории об обратном развитии памяти:

- Рибо.
- Эббингауз
- Селе
- Фрейд

12. Автор цитаты «Душа вечна и не связана с телом, она создана Богом»

- Платон
- Гален
- Авиценна
- Павлов

13. Автор цитаты «Надо лечить не болезнь, а больного»

- Авиценна
- Платон
- Гален
- Павлов

14. Астения это:

психическая и физическая утомляемость

- Снижение влечений
- пассивность
- Волевые нарушения

15. Аффект это - кратковременное, глубокое острое эмоциональное состояние

- Весёлое настроение
- Повышенное настроение
- Агрессивность, мстительность

16. Аффективное нарушение характерное для эпилепсии

- дисфория
- Эйфория
- гипомания
- циклотимия

17. Безречевое общение посредством жестов, мимики, пантомимики:

- невербальные средства общения
- вербальное общение
- барьер общения
- общественное мнение

18. Бессознательный уровень психики проявляется через:

- инстинкты.
- интуицию.
- условные рефлексы.
- интериоризацию.

19. Благодаря какому психическому процессу создаются качественно новые продукты, способствующие прогрессу общества в целом: воображению

мышлению
память
ощущениям

20. Благодаря какому свойству восприятия мы не замечаем опечатки при чтении текста:

целостность
константность
апперцепция
избирательность

21. Благодаря самосознанию человек:
осознает себя как личность, включенная в систему отношений с людьми и деятельность
отличается от животных
преобразует мир
формирует ряд нравственно - психологических качеств

22. В каком возрасте определяется нормальное развитие интеллектуальных способностей?

в три года
В сем лет
В двенадцат лет
В годовалом возрасте

23. В каком возрасте формируется индивидуальность?

На первом году жизни
В первые три года
До 12 лет
До 5 лет

24. В клинике локальных поражений мозга нарушения памяти по типу корсаковского синдрома встречаются в случае дисфункции ...

лимбической системы
лобной области
затылочной области
теменной области

25. В осуществлении психосоматических и соматопсихических взаимовлияний ведущую роль играет:

Безусловно и условнорефлекторный механизм
Изменения личности
Соматический фон организма
Вегетативная система организма

26. В патопсихологии для исследования процессов мышления применяются методики (и. л.):...

тематический апперцептивный тест
анalogии
толкование переносного смысла пословиц
пиктограммы

27. В результате неблагоприятного течения заболевания у детей наблюдается:

Неправильное формирование личности
Повышение активности
Усиление психической деятельности
Снижение эмоциональности

28. В темноте появляется ощущение прохлады. Как называется данное явление:

синестезия
сенсбилизация

адаптация
конфабуляция

29. В чем смысл пословицы « Без труда не вынешь рыбку из пруда»:

мобилизация волевых усилий.
обдумывание действий
решительность.
потребность планировать труд.

30. Взаимосвязь различных ощущений, когда одно из них порождает появление другого:

сенсбилизация.
кинестетические ощущения.
органические ощущения
адаптация.

31. Вид деятельности, в процессе которой, появляется качественно новый продукт:

продуктивная
учебная
трудовая
игровая

32. Вид деятельности, в процессе которой, происходит освоение окружающей действительности в детском возрасте:

игровая
учебная
трудовая
продуктивная

33. Вид мышления, который неразрывно связан с манипулированием предметами, неразрывно связан с моторными действиями:

предметно-действенное
наглядно-образное
абстрактно-логическое
практическое.

34. Вид мышления, пользуясь которым человек в процессе, решения задачи выполняет действия в уме, непосредственно не имея дела с опытом, полученным при помощи органов чувств:

теоретическое.
предметно-действенное
наглядно-образное
абстрактно-логическое.

35. Вид мышления, при котором человек для решения задач использует образы, непосредственно извлекаемые из памяти или воссоздаваемые воображением:

наглядно-образное
предметно-действенное
абстрактно-логическое

практическое

36. Вид способностей, обеспечивающих возможность управления коллективом и управления производством :

организаторские.

общие.

творческие.

коммуникативные.

37. Виды памяти по направленности деятельности:

произвольный, произвольный

Кратковременный, оперативный, долговременный

Слуховой, зрительный

Кинестетический образный

38. Виды темперамента:

Сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик

Дебилност, деменция

Астеник, психастеник

Вербигерация, персеверация

39. Виды эйдетики -

зрительный, слуховой, тактильный

Простой и сложный

Полный и частичный

Первичный, вторичный

40. Внимание – это:

направленность и сосредоточенность сознания на определенных объектах

самостоятельный познавательный процесс

свойства личности

акцентирование

41. Возможность выполнения какой-либо деятельности обеспечивается:

способностями

волевым характером

талантом

гениальностью

42. Волевой компонент для реализации деятельности -

потребность

воля

внимание

Способность

43. Воля:

обусловлена деятельностью мозга и общественно - историческими условиями.

свободна, не зависит от внешних и внутренних факторов.

зависит от деятельности коры больших полушарий головного мозга.

не свободна.

44. Воображение – это:

создание новых образов путем переработки имеющихся восприятия (представлении)

преобразование имеющихся у человека представлений.

предвидение результатов творческой деятельности. отражение связи.

45. Воображение как своеобразная форма отражения действительности:

способствует предвосхищению будущего.

оживляет то, что было раньше. отражает мир.

помогает запомнить информацию.

46. Воображение:

важная часть творческого процесса.

формирует ряд нравственно - психологических качеств личности.

помогает в деятельности.

подготавливает к восприятию мира.

47. Восприятие окружающих предметов в скрученном виде:

Дисмегалопсия

Макропсия

Микропсия

Порропсия

48. Восприятие окружающих предметов в увеличенном виде:

Макропсия

Микропсия

Дисмегалопсия

Порропсия

49. Восприятие окружающих предметов в удлинённом размере:

Порропсия

Дисмегалопсия

Макропсия

Микропсия

50. Восприятие окружающих предметов в уменьшенном размере:

Микропсия

Макропсия

Дисмегалопсия

Порропсия

51. Восхищение красотой природы это проявление:

эстетических чувств.

интеллектуальных чувств

нравственных чувств.

практических чувств.

52. Врожденное качество, обеспечивающее успешность выполнения определённой деятельности:

одарённость.

талант.

задатки.

гениальность.

53. Врожденные психическая реакция, выражающиеся в бессознательном реагировании на биологически значимые раздражители:

безусловный рефлекс.

интуиция.
инстинкт.
бессознательное.

54. Выделение существенного в однородных фактах и воплощение его в качественно новых образах:

сравнение
систематизация
конкретизация
классификация

55. Высшая форма психики человека:

Сознание
Память
Восприятие
Влечение

56. Высшая, свойственная только человеку, форма психического отражения объективной действительности, опосредованное общественно-исторической деятельностью людей называется:

сознание.
воображение.
иллюзии.
галлюцинации.

57. Высший и неповторимый уровень развития способностей:

гениальность
познавательные способности.
одарённость.
талант.

58. Высший уровень индивидуальности это -

личность
человек
индивид
общество

59. Высший уровень развития способностей, обеспечивающий потребность в творчестве и высокопродуктивной деятельности:

талант.
способности.
одарённость.
задатки.

60. Главный источник развития личности по Фрейд:

либидо (влечения)
социальные нормы.
социальные ценности.
навыки.

61. Грезы, сон относятся:

пассивному произвольному воображению.
активному творческому воображению.
активному воссоздающему воображению.
акцентуации.

62. Действие или элемент поведения, выполнение которого стало потребностью:

привычка
поступок
навык
умение

63. Действия, совершающиеся на основе безусловно - рефлекторных реакции т.е. подсознательно:

интуиция.
инстинкт.
бессознательное.
безусловный рефлекс.

64. Действия, совершающиеся под влиянием сильных эмоций, называются:

импульсивными.
произвольными.
непроизвольными.
спонтанными.

65. Деонтология это -
соблюдение правил этики и эстетики в процессе лечения больных
Оценка социального статуса больного

Лечение больного, учитывая тип личности

Учитывают соматическое состояние больного

66. Деперсонализация имеет место при:

шизофрении
астении
субдепрессии
неврозе

67. Деятельность – это:
социально значимая активность человека, направленная на достижение цели по удовлетворению его потребностей.

мотивация .
действия.
прогнозирование.

68. Деятельность, основанная на внутренних образах, мышлении о прошлом и будущем -

интроверсия
экстраверсия
активность
реактивность

69. Для возникновения поддержания произвольного внимания необходимо:

устойчивость интереса.
контраст между раздражителями.
необычность раздражителя.
сознание текущих результатов деятельности в форме внутреннего отчета.

70. Для восприятия характерно:

они имеются с рождения
это отражение отдельных свойств предметов

процесс связан с осмыслением
процесс связан с воображением

**71. Для исследования внимания в
клинической психологии используются методы: ...**

таблица Шульце
проба
метод пиктограмм
счёты

72. Для ощущения характерно:

отражение отдельных, свойств предметов.
обязательно требуется взаимодействие нескольких
анализаторов.

необходима встречная активность.
абстрактно-логическое.

**73. Для поддержания произвольного
внимания необходимо:**

осознание долга и обязанности выполнения
деятельности
начало и прекращение действия раздражителя
подвижность предметов
новизна, сила, контраст раздражителя

**74. Для психопатического уровня
нарушений не свойственна ...**

интеллектуальная недостаточность
стойкая дисгармония личности
стабильность личностных расстройств
социальная дезадаптация

75. Долговременная память:

обладает практически неограниченной емкостью
сохраняемой информации ощущения.
более развита у пожилых людей.
высокая степень организации.
осмысление информации.

**76. Если больной, выполняя методику на
“классификацию предметов” объединяет в одну
группу карточки с рисунком “ребёнка” и “платья”,
“парохода” и “матроса”, то это является признаком
нарушения мышления по типу: ...**

снижение уровня обобщения
разноплановость мышления
резонёрство
нарушение критичности мышления

**77. Если люди обычно видят в радуге лишь
7 цветов, то китайские школьники благодаря
специальным упражнениям видят в ней свыше 30
оттенков цветов :**

сенсбилизация.
синестезия .
адаптация.
связано с низким порогом чувствительности.

**78. Если люди продолжительное время
живут в экологически грязных районах, то при
выезде на природу у них возникает головокружение
и даже головная бол:**

адаптация.
сенсбилизация.
синестезия.
связано с высоким порогом чувствительности.

**79. Если человек что-то забывает
(например, опустит письмо в ящик) ищите скрытый**

**мотив, который может не
осознаваться самим человеком:**

психоанализ
гештальт
теория деятельности
бихевиоризм

80. Зависимость

восприятий от прошлого опыта:

апперцепция.
перцепция.
антиципация.
константность.

81. Задержка в развитии;

**сохранение у подростка или
взрослого человека образа
мышления, присущего детям
(явление, противоположное
акселерации):**

инфантильность
олигофрения.
дебилность.
бессознательное.

82. Замедленность

**ответных реакций человека на
раздражители, воздействующие на
него, что присуще, обычно, лицам с
флегматическим темпераментом:**

лабильность.
инертность.
торможение.
динамичность.

**83. Из приведенных
определений выберите то, которое
характеризует воображение:**

преобразованное отражение
ранее воспринятого
отражение прошлого опыта
человека в виде мыслей, образов,
чувств ранее воспринятых предметов.
отражение предметов и явлений
при непосредственном воздействии на
органы чувств.

отражение предметов и явлений
в совокупности их свойств и частей.

**84. Из различных
взглядов на природу и развитие
способностей выберите правильный:**

способности формируются и
развиваются в специальной
деятельности, удовлетворяющей
интересы, склонности, потребности
человека.

способными подаренными
рождаются.

все люди рождаются
одинаковыми и у каждого можно
развить талант.

духовное развитие человека
имеет особые внутренние источники,
которые являются первоначально

стихийными.

85. Из скольких этапов состоит гипноз?

- 3
- 4
- 2
- 5

86. Изучение онтогенетического развития близнецов путём сравнения их развития с учётом влияния различной социальной среды:

- близнецовый метод.
- биографический метод.
- интроспекция.
- метод проб и ошибок.

87. Индивидуально-психологические особенности личности, являющиеся условием успешного выполнения деятельности и лёгкости её освоения:

- способности.
- одарённость.
- талант.
- задатки.

88. Инстинктивные формы поведения:

- являются ведущими для животных
- запрограммированы от рождения
- менее сложны чем рефлексы
- не могут изменяться в результате опыта

89. Интеллектуальное чувство, проявляющееся в стремлении к познанию:

- любопытность.
- настойчивость.
- одержимость.
- импульсивность.

90. Искаженное восприятия реальных предметов:

- Иллюзия
- Галлюцинация
- Сенестопатия
- Амнезия

91. Исследование количественных соотношений (времени, скорости, объема, интенсивности, запоминания и сохранения воспринятой информации в экспериментах, характеризующих те или иные психические явления и процессы:

- психометрия.
- психофизика.
- психотехника.
- психотерапия.

92. Исторически сложившееся средство общения:

- язык
- реч
- мышление
- Сознание

93. К какому виду психотерапии относится гипноз?

- суггестивная психотерапия
- Рациональная психотерапия
- коллективная
- психоанализ

94. К какому виду темперамента относится: активность, подвижность, эмоциональность?

- Сангвиник
- Флегматик
- Холерик
- Меланхолик

95. К какому виду темперамента относится: любопытность, взрывчатость, энергичность, резкость?

- Холерик
- Сангвиник
- Флегматик
- Меланхолик

96. К какому виду темперамента относится: подавленность, подозрительность, недоверчивость, неуверенность?

- Меланхолик
- Флегматик
- Холерик
- Сангвиник

97. К какому виду темперамента относится: спокойный, вялый, медлительный, эмоционально стойкий?

- Флегматик
- Холерик
- Сангвиник
- Меланхолик

98. К органическим чувствам относится -

- чувство голода, сытости, жажды
- Зрение, слух
- Тактильное чувство, обоняние, жажда

Тактильное, висцеральное, чувство удовлетворенности

99. к особенностям внимания относится:

- переключаемость
- произвольное
- непроизвольное
- весомость

100. К психическим процессам относится:

- ощущение.
- настроение.
- темперамент.
- стресс.

101. К психическим состояниям относится:

- настроение
- ощущение
- темперамент
- характер

102. К психологическим методам относится
наблюдение, опрос,

эксперимент

Наблюдение, лаборатория, катанез

Опрос, эксперимент, анализ

ЭЭГ, КТ, ЭхоЭГ

103. К разделам психогигиены не

относится:

Психогигиена внутриутробной жизни

Психогигиена детства

Психогигиена юношества

Психогигиена пожилых людей

104. Как называет ошибки восприятия

объектов:

иллюзии.

галлюцинации.

миражи.

фантазии.

105. Как называется мыслительная

операция, связанная с мысленным объединением

предметов и явлений по их общим и существенным

признакам:

обобщение.

анализ.

синтез.

равнение.

106. Как называется процесс исчезновения

из памяти ранее полученной информации:

забывание.

воспоминание.

реминисценция.

амнезия.

107. Как называется система приемов

эффективного запоминания:

мнемотехника.

повторение.

припоминание.

узнавание.

108. Как называется умение выполнять

деятельность качественно и непринужденно:

талант.

гениальность.

способность.

задаток.

109. Как называется человек легко

вступающий в контакт с окружающими людьми:

экстраверт.

интроверт.

гетероверт.

гиповерт.

110. Как называется человек, которому

трудно вступать в процесс общения с окружающими

людьми:

интроверт

экстраверт

гетероверт

гиповерт

111. Как называется явление, при котором

человек не может достоверно вспомнить то, что он

знает, дополняя пробелы памяти своей фантазией:

конфабуляция.

амнезия.

реминисценция.

мнемоника.

112. Как называется

явление, при котором человек не

может своевременно вспомнить то,

что он знает:

Амнезия.

Конфабуляция.

Реминисценция.

Мнемоника.

113. Как называют

методы, объясняющие полученные

данные:

интерпретационные.

генетические.

структурные.

проективные.

114. Как называют

чрезмерное усиление черт

характера, проявляющиеся в

предрасположенности к неврозам и

психопатиям:

акцентуация.

ригидность.

сила.

фрустрация.

115. Как показала

Б.Зейгарник, мы лучше помним

какую-либо работу, если она:

осталась незаконченной.

была сознательно прекращена.

привела к вознаграждению.

интересна.

116. Как называется

процесс, при котором

окружающая действительность

воспринимается искаженно и

человек не понимает этого:

иллюзии

воображение

галлюцинации

адаптация

117. Какие психические

процессы исследуются с помощью

метода исключения лишнего

мышление, интеллект

Сознание, интеллект

Внимание, восприятие

Действие, воля

118. Какие эмоциональные

состояние выражены в

высказываниях: «я убью тебя!,-

закричал он и, схватив со стола

мраморную доску, с неизвестной ему

доселе силой замахнулся ею»:

аффект.

гнев.

испуг.

фрустрация.

119. Какие эмоциональные состояние описано: когда в класс вошёл директор, ученица отвечающая у доски растерялась и замолчала на наводящие вопросы отвечала сбивчиво, однако после ухода директор, она смогла чётко ответить на все вопросы:

- стресс.
- аффект .
- аттракция.
- фрустрация.

120. Каким приборам изменяют порог абсолютной чувствительности:

- экстезиометром.
- компьютером.
- часами.
- весами.

121. Какое из нижеприведенных качеств характеризует человека как проявление личности:

- аккуратность воля.
- эмоциональность.
- вспыльчивость.
- робот.

122. Какое определение правилнее раскрывает понятие характера:

- черты характера социально типичны и индивидуально своеобразны.
- черты характера проявляются в любых обстоятельствах и условиях.
- черты характера проявляются лишь в соответствующих или типичных обстоятельствах.

характер - отражение общественных отношений.

123. Какое свойство внимания обеспечивает возможность удерживать в поле зрения одновременно несколько объектов:

- распределение
- объем
- устойчивость
- переключение

124. Какое требование является важным в исследовании:

- объективность
- последовательность
- систематичность
- грамотность

125. Какой верхний количественный предел в малой группе:

- 20-30 чел.
- 5-7 чел.
- 9-12 чел.
- 40-50 чел.

126. Какой вид исследования отличается лаконичностью, искусственностью обстановки:

- лабораторный эксперимент
- тест
- анкета
- анализ продуктов деятельности

127. Какой из приведенных путей создания образов воображения является физиологической основой воображения:

- агглютинация.
- типизация.
- схематизация.
- заострение.

128. Какой критерий внимания характерен для деятельностного подхода в изучении внимания:

- сосредоточенность на выполнении определенной деятельности.
- избирательность информации.
- ясность и отчетливость содержания сознания.
- внешние реакции.

129. Какой литературный герой обладал дедуктивным методом умозаключения:

- Шерлок Холмс.
- Мэгрэ.
- Ватсон.
- Штрирлиц.

130. Какой метод используют для изучения межличностных отношений:

- социометрия.
- беседа.
- тест.
- наблюдение.

131. Какой метод является основным и наиболее значимым в современных психологических исследованиях:

- эксперимент
- генетический
- референтометрия.
- тестирование.

132. Какой метод является психологическим исследованием:

- Беседа, наблюдение, тестирование, эксперимент.
- УЗИ, КТ, рентгенография
- Лабораторное исследование крови

Гипноз, анкетирование

133. Какой нижний количественный предел в малой группе:

- 2-3 чел.
- 4-5 чел.
- 6-10чел.
- свыше 10 чел.

134. Какой прием воображения использован в данном примере: «свищет соловей, да по

соловиному, он кричит - злодей, разбойник по-звериному определите вид речи и от его покрику все травушки муравушки улетаются, все лазоревы цветочки осыпаются»:

гиперболизация
конкретизация
заострение.
типизация

135. Какой прием воображения использован для создания образов: русалки, кентавра:

агломинация
гиперболизация
конкретизация
заострение

136. Какой принцип важен при исследовании:

«Не навреди!».
наглядность.
требовательность.
онтогенетический.

137. Какой самый древний метод психологического познания:

наблюдение.
социометрия.
тестирование.
анкетирование.

138. Какой тип личности более подвержены к развитию ятрогении?

тревожно-фобический тип
Аффективно-лабилный тип
Истерический тип
Субдепрессивный тип

139. Какой тип личности более подвержены к употреблению наркотических средств?

синтонный, эпилептоидный, неустойчивый тип
Астенический, шизоидный, неустойчивый тип
Дистимический, астенический, эпилептоидный

тип

Параноидный, астенический, шизоидный тип

140. Какой тип личности больше всего подвержен развитию навязчивого страха:

Лица с тревожно-мнителным характером
Лица истерического характера
Лица шизоидного характера
Эмоциональные личности

141. Какой человеческий орган быстро реагирует на конфликтные ситуации?

Толстый кишечник
желудок
Сердечно-сосудистая система
Нервная система

142. Какой этап является наиболее важным в волевом действии:

осознание цели.
борба мотивов
выбор решения
анализ.

143. Качество личности, дающее возможность выполнять творческую деятельность на таком уровне, какой недоступен для других:

гениальность
способность
одаренность
сенситивность

144. Кем был предложен термин «деонтология»?

Английский философ Бенгам
Немецкий ученый Шилдер
Русский ученый Сеченов
Русский ученый Павлов

145. Кем были впервые предприняты попытки измерит интеллектуальные способности:

Кеттелом.
Бине.
Климовым.
Айзенком.

146. Когда мы забываем прийти на важное свидание, то это обусловлено:

мотивированным забыванием.
торможением.
активным забыванием.
агнозией.

147. Когда сформировалась психология как самостоятельная наука:

20 в.
до н.э.
3 в.н.э.
17 в.

148. Когда человек начинает носить жесткие контактные линзы они ему очень мешают, но со временем он перестает их ощущать:

адаптация.
сенсбилизация.
синестезия.
связано с низким порогом чувствительности.

149. Когда человек пьет горячий чай, он кладет много сахара, после остывания чай кажется очень сладким:

синестезия.
адаптация.
связано с низким порогом чувствительности.
связано с высоким порогом чувствительности.

150. Когнитивный (познавательный) подход основан на том, что:

разум человека обладает большей информацией, чем та, которую он получает извне.
нашим поведением управляют подавленные влечения.
личностные конструкты.

активной деятельности.

151. Кому принадлежат слова о том, что « без памяти человек был бы вечно в положении новорожденного»:

Сеченов.
Павлов.
Аристотел.
Леонтев.

152. Кому принадлежит учение о типах высшей нервной деятельности как физиологической основы темперамента:

Ухтомский.
Илин.
Павлов.
Мерлин.

153. Константность восприятия это -
Постоянство свойств воспринимаемых объектов
Изменчивость восприятия
Несоответствие между объектом и образом впечатления

Изменчивость процессов познания

154. Кратковременная память:
подсистема, обеспечивающая оперативное удержание и преобразование данных.
длится до двух минут.
обладает емкостью, не превышающей двух элементов.

позволяет долго помнить телефонный номер.

155. Кратковременные эмоции называются:

реакциями.
состояниями.
аффектами.
эмоциональными отношениями.

156. Критерии качества пригодности теста и других методик психологических исследований:
валидность.
наглядность.
доступность.
научность.

157. Кто был основоположником первой в мире научной психологической лаборатории:

Вундт
Бехтерев
Фрейд.
Выготский.

158. Кто впервые научно обосновал физиологическую основу темперамента:

Леонтев
Небылицин
Гиппократ
Выготский

159. Кто впервые научно обосновал физиологическую основу темперамента:

Павлов.
Небылицин.
Гиппократ.
Леонтев.

160. Кто впервые открыл связь левого полушария мозга с речью.

Брока
Вернике
Хэд
Кряйст

161. Кто впервые пытался обосновать наследственность таланта:

Галтон.
Кеттел.
Лазурский.
Валтер.

162. Кто из мыслителей средневековья впервые подробно рассмотрел проблемы сути и воспитания души, получив имя «Второго учителя»:

ал-Фараби
Беруни
Ганжеви
Ибн Сина

163. Кто из ученых является основоположником метода психоанализа:

Фрейд.
Морено.
Вундт.
Выготский.

164. Кто написал первый трактат о душе:

Аристотел.
Платон.
Демокрит.
Гиппократ.

165. Кто один из основоположников научной психологии:

Вундт.
Ушинский.
Фрейд.
Аристотел.

166. Кто основоположник учения о бессознательном, подсознательном и сознательном уровнях психики:

Фрейд.
Леонтев.
Выготский.
Рубинштейн.

167. Кто писал, что воля - это « деятельная сторона разума и морального чувства»:

Сеченов.
Павлов.
Теплов.
Бехтерев.

168. Кто стоял у истоков психодинамической теории личности:

Фрейд.
Юнг.
Фромм.

Лазурский.

169. Кто является основоположником социометрической методики исследования:

Морено
Выготский
Леонтев
Бине

170. Личност формируется в процессе:

деятельности.
воспитания.
обучения.
развития волевых качеств.

171. Личност- это:

конкретный сознательный индивид, занимающий определенное положение в обществе
активный деятель
сознательный индивид
система психологических характеристик, способностей

172. Метод психологической диагностики, использующий стандартизированные вопросы и задачи, имеющие определенную шкалу значений:

тест.
беседа.
анкета
психоанализ.

173. Метод психологии, дающий возможность изучать взаимоотношения в группе и коллективе:

социометрия.
тест.
анкетирование
интервью.

174. Метод психологического исследования, основанный на целенаправленной фиксации фактов поведения и деятельности субъекта, его психических процессах, эмоциональных проявлениях присущих ему личностных качеств:

Наблюдение
референтометрия
интроспекция
психоанализ

175. Метод – это:

совокупность способов и приемов исследования личности
познание.
пут.
подходы.

176. Метод исследования восприятия:

Тест Попелрейтера
Таблица Бурдона-Анфимова
Пиктограмма
Таблица Шульте

177. Метод исследования эмоциональных состояний

цветовой тест Люшера
Шкала Векслера
Тест Бентона
Таблица Шульте

178. Метод определения переключаемости внимания -

метод Шульте
Корректирующая проба
Психологический тест
Метод Бурдона

179. Метод определения стойкости внимания

корректирующая таблица Бурдона
Таблица Шульте
пиктограммы
Фигуры Поппелрайтера

180. Метод психологии, в основе которого лежит изучение индивидуальных особенностей человека, путём выявления зависимости изменения развития генотипа от условий внешней среды:

генетический метод.
биографический метод.
интроспекция.
метод проб и ошибок.

181. Метод психологии, заключающийся в фиксации, проявлений поведения и получения суждений о субъективных психических явлениях:

наблюдение.
эксперимент.
социометрия
референтометрия.

182. Метод психологии, основанный на диалогическом контакте между людьми, при котором они в процессе общения выполняют определенные социальные роли:

транзактный анализ.
психоанализ.
социометрия
гештальт.

183. Метод психологии, при помощи которого возможно получение интересующей информации об объекте, посредством письменного ответа на заранее продуманные и целенаправленные вопросы:

аннотирование.
интервью.
тест
социометрия.

184. Метод психологических исследований, позволяющий выявить мотивацию межличностных выборов в группе:

референтометрия.
наблюдение.
интроспекция.

психоанализ.

185. Метод самонаблюдения в психологии называется:

интроспекция .
наблюдение.
референтометрия.
тест.

186. Метод, который заключается в получении информации в процессе непосредственного общения исследователя и испытуемого:

беседа.
наблюдение.
анкета.
эксперимент.

187. Мобилизационная готовность памяти:
умение быстро припомнит необходимую информацию в нужный

умение привлечь резервы памяти
быт активным
надежность хранения информации.

188. Мысленное выделение одних признаков и отвлечение от других это:

абстрагирование.
конкретизация.
классификация.
сравнение.

189. Мысленное деление целого на части – это:

анализ.
синтез.
сравнение.
обобщение.

190. Мыслительная операция, посредством которой человек способен из отдельных деталей получают представление о сущности вещей и явления в целом:

синтез.
анализ.
сравнение.
классификация.

191. Мышление – это:
опосредованное и обобщенное отражение действительности в ее

существенных связях и отношениях.
отвлеченное понимание мира.
мыслительные операции.

192. Мышление, при котором задача решается с опорой на зрительный образ:

наглядно-образное.
абстрактно-логическое.
практическое.
Теоретическое.

193. На измерение каких способностей направлены тесты Векслера:

шкалы интеллекта.
специальных.
коммуникативных.
педагогических.

194. На каком этапе хирургического лечения психика больного подвергается травматизации?

Вначале хирургического лечения

На поликлиническом этапе

На операционном этапе

Не связано с этапом лечения

195. На чем основано представление о собственном организме?

На ассоциациях, памяти, опыте, целях

На реакции окружающих

На субъективных ощущениях

На особенности личности

196. Навык-это:
автоматизированное действие.
рефлекс.
привычка.
знания.

197. Накапливает и хранит информацию в сознании:

памят

воображение

мышление

восприятия

198. Направление в психологии, отрицающее сознание, как предмет психологии и сводящая психику к различным формам поведения называется:

бихевиоризм.

гештальт психология.

когнитивная психология

ассоциативная психология.

199. Направление в психологии, считающее источником активности личности инстинктивные влечения и недооценивающая рол сознания называется:

фрейдизм

бихевиоризм

гештальт

когнитивизм

200. Направление психологии, которое нацеливает на наиболее полное проявление человека как личности через самоактуализацию:

гуманистическая психология.

бихевиоризм.

гештальтпсихология.

психоанализ.

201. Направленность личности – это:

система устойчивых предпочтений и мотивов личности.

мотивы.
интересы.
цели.

202. Нарушение внимания -

апрозекция
Устойчивость внимания
Объемность внимания
Отвлекаемость внимания

203. Нарушение восприятия окружающего

мира:

Дереализация
Деперсонализация
Сенестопатия
Ипохондрия

204. Нарушение восприятия собственной

личности:

Деперсонализация
Дереализация
Сенестопатия
Ипохондрия

205. Нахождение взаимосвязи между предметами и психическими явлениями путем осуществления мыслительных операций (сравнения, сопоставления, обобщениями др.):

ассоциации.
эмпиризм.
панпсихизм.
когнитивизм.

206. Наш мозг:

материальная основа психики.
способен декодировать одновременно несколько сигналов.

постоянно фильтрует сигналы.
легче интегрирует зрительно сигналы.

207. Наше восприятие мира связано:

с культурой, к которой мы принадлежим.
с практикой.
с опытом.
с природой.

208. Не относится к видам восприятия?

непосредственное
Зрительное
слуховое
тактильное

209. Не относится к видам потребности:

отрицательный
витальный
нутритивный
функциональный

210. Не относится к видам эмоций

моторный, сенсорный
Отрицательный, положительный
Слабый, сильный
Соматический, психический

211. Не относится к особенностям

внимания:

образность
переключаемость
стойкость
распределяемость

212. Недостаток общения:

госпитализм.
авторитарность.
опека.
конформность.

213. Независимость и постоянство нашего восприятия объясняется свойством:

константности.
предметности.
избирательности.
структурности.

214. Нейрофизиологическая система организма, посредством которой осуществляется анализ и синтез раздражителей внешней и внутренней среды:

анализатор.
эфферентные нервы.
афферентные нервы.
рефлекторная дуга.

215. Непреодолимое подсознательное стремление к достижению чего-либо это:

страсть.
воля.
потребность.
интерес.

216. Неприятные ощущения в различных областях организма:

Сенестопатия
Ипохондрия
Дереализация
Деперсонализация

217. Нервы, по которым передается нервный импульс от анализаторов (органов чувств) или внутренних органов в центральную нервную систему (головной мозг):

афферентные нервы.
анализатор.
рефлекторная дуга.
рецепторы.

218. Неспособность сосредоточиться на изучаемом объекте обусловлено:

рассеянностью.
стрессом.
непроизвольным вниманием.
последствием произвольным вниманием.

219. Область психологической науки, изучающая особенности проявления психики больного человека; создания психологического климата для его выздоровления:

медицинская психология.

зоопсихология
психотерапия
нейропсихология.

220. Образы предметов и явлений, воспринятые ранее в процессе деятельности:
представления.

депривация.
наблюдательность.
рецепция.

221. Общение – это:

взаимодействие лиц с целью обмена информацией познавательного, эмоционального и оценочного характера.
контакт.
ритуал.
средство познания.

222. Краткий стандартизированный психологический метод исследования:

тестирование.
беседа
анализ продуктов деятельности.
генетический метод.

223. Метод психологии, прямого или косвенного получения сведений путем речевого общения:

беседа.
тест.
опросник
Эксперимент

224. Одна из форм направленности личности, окрашенная положительными эмоциями, связанная с проявлением познавательной потребности называется:

интерес
любопытство.
любопытность.
целеустремленность.

225. Одна из логических форм мышления, посредством которой формируется мнение о взаимосвязях между предметами и явлениями:

суждение
понятие
умозаключение
сравнение

226. Одновременное проявление противоположных эмоций и чувств (например: смех и слезы; любовь и ненависть):

амбивалентность
апатия
депрессия
стресс

227. Озабоченность своим здоровьем, утверждение мнимого заболевания:

Ипохондрия
Сенестопатия
Дереализация
Деперсонализация

228. Оказание психологической помощи, воздействием на эмоционально-волевую сферу человека, способствующей выходу из кризисных ситуаций:

психотерапия.
Психофармакотерапия
психоанализ
Метод сна

229. Опознание объекта при повторном восприятии:

узнавание.
конфабуляции
реминисценция.
воспроизведение.

230. Определите вид воображения, которые возникают под воздействием малоосознанных влечений, установок:

непроизвольное.
творческое.
произвольное.
галлюцинации.

231. Определите вид воображения, которые создаются на основе фантастических видений, не имеющих никакой связи с окружающей человека действительностью:

галлюцинации
непроизвольное
творческое
произвольное

232. Определите вид воображения, при котором происходит самостоятельное создание новых образов, которые реализуются в оригинальных продуктах деятельности:

творческое.
непроизвольное.
произвольное.
галлюцинации.

233. Определите вид воображения, при котором четко осознаются цели и мотивы деятельности, ради чего, человек и продуцирует новые образы :

произвольное.
воссоздающее.
непроизвольное.
творческое.

234. Определите вид речи с наиболее полно .выраженными грамматическими связями:

письменная реч
монологическая реч
спонтанная реч
эгоцентрическая реч

235. Определите вид речи, смысл которой понятен благодаря конкретной ситуации:

ситуативная реч
письменная реч
монологическая реч

эгоцентрическая реч.

236. Определите вид способностей, которые обеспечивают успешность обучения, усвоение знаний, умений и навыков:

специальные.
творческие.
коммуникативные.
организаторские.

237. Определите вид способностей, которые определяют успех человека в разнообразных видах деятельности:

общие.
специальные.
творческие.
коммуникативные.

238. Определите вид способностей, которые связаны с созданием предметов материальной и духовной культуры, новыми идеями и изобретениями:

творческие.
специальные.
коммуникативные.
организаторские.

239. Определяется с помощью теста

Гамилтона -

депрессия и тревожное состояние
Интеллект, восприятие
Память и внимание
Мышление и представление

240. Определяется с помощью теста

Леонгарда -

акцентуация
темперамент
настроение
способность

241. Определите вид воображения, при котором действительность сознательно конструируется, а не просто механически копируется :

произвольное.
творческое.
непроизвольное.
галлюцинации.

242. Органы чувств у ребенка начинают функционировать:

у большинства до рождения.
с момента рождения.
в первые недели после рождения.
на втором месяце после рождения.

243. Основан на сборе фактов при анализе материализованных результатов психической деятельности:

метод изучения продуктов деятельности.
метод проб и ошибок.
наблюдение.
психоанализ.

244. Основателем психоаналитического направления в психологии является:

Фрейд.
Бехтерев.
Вундт.
Леонтьев.

245. Основная причина активности человека, связанная с состоянием нужды и зависимости от конкретных условий существования это:

потребность.
интерес.
социологизация.
конформность.

246. Основной метод при нарушении восприятия -

наблюдение
тестирование
Инструментальное обследование
Лабораторное обследование

247. Основоположник учения о стрессе:

Селе.
Рибо.
Фрейд.
Бине.

248. Основоположником медицинской психологии является:

Аристотел
Авиценна
Гиппократ
Ганнушкин

249. Особенности ведения больного с эндокринной патологией

Терпеливое и внимательное отношение
Активизировать реакции больного
Предотвратить капризы больного

250. Особенности психологии больных алкоголизмом:

Соматическая анозогнозия,
лживость, заострение
характерологических черт
Симуляция, притупление
агрессивности

Неадекватная реакция на окружающее

Эмоционально стабильная реакция, аутизм

251. Особенности психологии лиц пожилого возраста:

Сужение круга интересов,
односторонняя привязанность,
неуверенность в себе

Повышение активности,
изменчивость настроения

Эмоциональная холодность,
общительность

Аутизм, осторожность

252. Особенности психологии лиц с пороком сердца

Инертность мышления, сужение
круга интересов, расстройства сна
Повышенная аффективность

Пассивность, апатия

Ускорение темпа мышления

253. Особенности психологии лиц с ревматизмом

Аффективные изменения в виде тревоги, страха
аутизм

Изменение мнестической функции

Без особенностей

254. Особенности психологии лиц с эндокринной патологией:

Повышенная аффективность, замедление мышления

Пассивность, апатия

Ускорение темпа мышления

Усиление памяти

255. Особенности ухода медицинского персонала в детском учреждении:

Изучение личности ребенка, занимается, играет с детьми

Доверчивость

Недоверчивость к родителям детей

Наблюдение, речевой контакт

256. Осознанное повторное выполнение действий с целью его усвоения:

упражнение.

умение.

навык.

ориентировочная деятельность.

257. Осознанные действия, направленные на создание трудностей для лиц, занимающихся аналогичным делом:

соперничество.

сотрудничество.

коллективизм.

конформность.

258. Особенности психологии лиц старческого возраста

снижается самоуверенность, повышается недоверие, ипохондричность

Агрессивность, доверчивость

Чувствительность, капризность,

Грубость, капризность

259. Относительно законченные элементы деятельности, направленные на выполнение одной текущей задачи называются:

действия.

поступки.

движения.

установки.

260. Относительно слабо выраженное устойчивое эмоциональное состояние, отражающееся на деятельности к поведению :

настроение.

любовь.

тоска.

скука.

261. Относится к мнемическим процессам

Фиксация, ретенция, репродукция

Мышление, интеллект

Внимание, ощущение

Анализ, синтез

262. Относится к мыслительным процессам

сравнение, обобщение, анализ, синтез, конкретизация, абстракция

Воспроизведение, обобщение, анализ, синтез

обобщение, анализ, синтез, конкретизация, абстракция, фиксация

обобщение, анализ, синтез, конкретизация, абстракция, ретенция

263. Отражение действительности опосредованным путем с помощью знаков:

реч.

восприятия.

мышление.

оображение.

264. Отражение действительности опосредованным путем при обязательном использовании речи:

мышление

воображение

память

восприятия

265. Отражение новых образов и мыслей.

воображение.

память.

иллюзии.

восприятия.

266. Отражение общих и существенных связей и отношении предметов и явлений окружающего мир:

мышление

иллюзии

восприятие

воображение

267. Отражение отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира:

ощущения

память

восприятия

мышление

268. Отражение предметов и явлений в совокупности их свойств:

восприятия.

память.

иллюзии.

мышление.

269. Отражение предметов и явлений при непосредственном воздействии на органы чувств:

ощущения.
восприятия.
мышление.
воображение.

270. Отражение прошлого опыта в виде чувств, мыслей и образов, прежде воспринимаемых предметов и явлений:

память
воображение
мышление
восприятия

271. Отрасль психологии изучающая психологические особенности людей различных возрастов называется:

возрастная психология
детская психология
педагогическая психология
социальная психология

272. Отрасль психологии, изучающая закономерности совершенствования познавательной деятельности, в ходе целенаправленного обучения с целью развития качеств личности:

педагогическая .
социальная.
детская.
психология труда .

273. Отрасль психологии, изучающая особенности психического развития глухих и слабослышащих людей:

сурдопсихология.
тифлопсихология.
психофизика.
психометрия.

274. Отрасль психологической науки, изучающая особенности психики слепых людей:

тифлопсихология.
сурдопсихология.
психофизика.
психометрия.

275. Отрасль психологической науки, разрабатывающая проблемы взаимоотношений между людьми в процессе разного рода общения:

психология общения.
детская психология.
психология труда.
психология семейных отношений.

276. От чего зависит выбор метода исследования:

от цели.
от базы.
от возраста.
от желаний.

277. Охарактеризуйте деятельность человека

- движения, направленные для реализации интересов, потребностей человека
Движения, основанные на мотивации
Волевые движения
Психический процесс

278. Ощущения положения и движения органов тела:

кинестетические ощущения.
органические ощущения.
синестезия.
сенсбилизация.

279. Ощущения, дающие представления о вибрации, объеме и протяженности объекта:

тактильные.
органические.
статические.
кинестетические.

280. Ощущения, связанные с определением положения тела индивида в пространстве:

кинестетические.
статические.
дистантные.
контактные.

281. Ощущения, связанные с проявлением первичных и жизненно необходимых потребностей организма, к ним относятся ощущения боли, жажды, голода, сытости, а также полового влечения:

органические ощущения.
кинестетические ощущения.
синестезия.
сенсбилизация.

282. Память:
это процесс запоминания, сохранения и воспроизведения ранее пережитых мыслей, чувств, событий)

всегда играет положительную роль в процессе мышления.

может вызвать некоторую функциональную ригидность.

283. Первичные звенья развития интеллекта -

реч, мышление, память
Воля, влечение
Эмоция, мышление
Сознание, представление

284. Переживания, которые повышают активность человека, побуждая к поступкам называются:

стеническими эмоциями
астеническими эмоциями
стрессом
эстетическими чувствами

285. Переживания, которые снижают активность

человека, расслабляют его называются:

астеническими эмоциями.

стрессом.

апатией.

депрессией.

286. Переработка имеющейся информации

в видоизмененном виде:

воображение

мышление

память

восприятия

287. Переход внешних действий во

внутренние называется:

интериоризация.

эстериоризация.

социологизация.

биологизация.

288. Переход от внешней речи во

внутреннюю происходит в возрасте:1)2г. 2) 3 г. 3)

4г. 4)5л. 5) бл. 6) 7л.:

1,2.

1,3.

2,4.

5,6.

289. По мнению основоположников

бихевиоризма, мышление человека:

мышление взаимосвязано с поведением

Мышление зависит от интеллекта

Мышление зависит от памяти

Мышление зависит от восприятия

290. По теории З.Фрейда (1856-1939) либидо

- это энергия:

лежащая в основе жизненных влечений.

соответствующая потребности в самореализации

личности.

возникающая в результате подавления влечения.

лежащая в основе взаимодействий между людьми.

291. Побудитель к деятельности, связанный с.

удовлетворением определенной потребности это:

мотив.

интерес

целеустремленность

решительность

292. Повышение чувствительности под

влиянием действия каких-либо внутренних или

внешних раздражителей:

сенсбилизация.

кинестетические ощущения.

органические ощущения.

синестезия.

293. Подавленное эмоциональное состояние,

проявляющееся в заторможенности движений и

снижении интереса к окружающему миру:

депрессия.

апатия.

амбивалентность.

ревность.

294. Подсознательное стремление узнать что-

либо:

любопытство.

любопытность.

одержимость.

импульсивность.

295. Подсознательные

действия направленные на
выполнение каких-то действий,
которые стали потребностью:

привычка

умение

навык

талант

296. Познавательные

процессы являются основным
предметом исследования в:

когнитивной психологии.

сравнительной психологии.

педагогической психологии.

детской психологии.

297. Понятие, отражающее

связи и отношения между реальными
предметами, событиями -

конкретное понятие

Абстрактное понятие

Простое понятие

Сложное понятие

298. Попустительство и

безразличие во взаимоотношениях с
окружающими:

либеральность.

конфронтация.

демократичность.

конформность.

299. Постоянное

усложнение и развитие живой
природы, выражающееся в
количественных и качественных
изменениях:

эволюция.

перцептивная стадия развития.

сенсорная стадия развития.

филогенез.

300. Потребности,

связанные с необходимостью
коллективной деятельности и
общения с окружающими:

социальные.

физиологические.

органические.

материальные.

301. Потребность это -

отражение в сознании влечений,
интересов человека для деятельности
его организма и психики

Стремление человека к цели

Волевая деятельность организма

Аномальный психический

процесс

302. Почему водители не

обращают внимания на игрушки

висящие на лобовом стекле их машины:

- адаптация.
- сенсбилизация.
- связано с низким порогом чувствительности.
- связано с высоким порогом чувствительности.

303. Почему когда человек прислушивается, он прикрывает глаза:

- сенсбилизация
- синестезия
- адаптация
- связано с низким порогом чувствительности

304. Почему человек не замечает тикане часов в комнате:

- адаптация
- сенсбилизация
- синестезия
- связано с низким порогом чувствительности

305. Почему человек не ощущает пылинок попадающих на его лицо:

- связано с низким порогом чувствительности.
- сенсбилизация.
- адаптация.
- связано с высоким порогом чувствительности.

306. Предметом изучения ассоциативной психологии является категория:

- подсознательного.
- бессознательно.
- сознания.
- памят

307. Преднамеренное, систематическое и целенаправленно восприятие внешнею поведения человека с целью последующего анализа и объяснения:

- наблюдение.
- опрос.
- анкетирование.
- анализ продуктов деятельности.

308. Представители какой теории считали личност продуктом научения:

- бихевиористской.
- гуманистической.
- когнитивный.
- психодинамической.

309. Преувеличение качеств и свойств воображаемых объектов:

- гиперболизация.
- галлюцинации.
- акцентирование.
- воссоздающее воображение.

310. При виде лимона у многих людей выделяется слюна и ощущается вкус кислого:

- синестезия.
- сенсбилизация.
- адаптация.
- связано с низким порогом чувствительности.

311. При решения проблемы этап подготовки решения мыслительной задачи:

- вычленение, формулирование вопроса и анализ условия задачи.
- это первый этап в процессе решения.

может занимат несколько дней.
позволяет собрат всю
информацию, относящуюся к
проблеме.

312. При установлении диагноза исползуются следующие мыслительные операции (кроме):

- исключит лишнее
- синтез
- абстракция
- Сравнение и обобщение

313. Привыкание к окружающим, исходя из внутренних и внешних возможностей

- адаптация
- агровация
- дюзадаптация
- ориентировка

314. Прием воображения на основе которого происходит преувеличение качеств реального объекта:

- гиперболизация.
- типизация.
- заострение.
- агглютинация.

315. Прием воображения посредством которого создаются качественно новые образы на основе «склеивания» отдельных несовместимых качеств или элементов:

- агглютинация
- гиперболизация
- типизация
- заострение

316. Прикладная отрасл психологии, изучающая закономерности обучения и воспитания называется:

- педагогическая психология.
- возрастная психология.
- детская психология.
- психоанализ.

317. Природная предрасположенность к выполнению какой-либо деятельности:

- задатки.
- волевой характер.
- талант.
- гениальност.

318. Присущая человеку социальная культура дает возможность:

- гармонически развивается на опыте человечества.) получают очен хороший уход
- воспринимат социалные и культурные обычаи
- усваиват опыт

предшествующих поколений

быт здоровыми

319. Присущая человеку социальная культура дает возможность:

гармонически развивается на опыте человечества.

воспринимает социальные и культурные обычаи.

усваивает опыт предшествующих поколений.

быт здоровыми.

320. Процесс возникновения и эволюционного развития живых организмов в ходе исторического совершенствования природы:

филогенез.

онтогенез.

перцептивная стадия развития.

сенсорная стадия развития.

321. Процесс восприятия также называется:

перцепцией.

эйдетизмом.

депривацией.

гомеостазом.

322. Процесс восстановления в мышлении объективной целостности конкретных явлений:

конкретизация

синтез

дедукция

индукция

323. Процесс восстановления в мышлении объективной целостности конкретных явлений:

конкретизация.

классификация.

индукция.

синтез.

324. Процесс отнесения чего-либо к своему «Я», уподобление чему-либо называется:

идентификацией.

самосознанием.

самоактуализацией.

социологизацией.

325. Процесс отражения отдельных свойств предметов и явлений при непосредственном воздействии их на органы чувств:

ощущения

восприятия

память

мышление

326. Процесс при котором, звуки музыки вызывают у некоторых людей впечатление об определенных цветовой гамме:

синестезия

сенсбилизация

адаптация

интериоризация

327. Процесс развития индивида от рождения до смерти называется:

онтогенез

филогенез

эволюция

акселерация

328. Проявление характера в большинстве случаев обусловлено:

влиянием окружающей среды

акселерацией развития

явлением госпитализма.

сензитивностью

329. Психика для поведения выполняет функцию:

регулирующую

конструктивную

детерминистскую

побудительную

330. Психика-это:
отражение окружающей действительности

посредством

физиологическая функция

нервной системы.

рефлекторная деятельность мозга.

субстрат материи головного

мозга.

331. Психическая деятельность подвергается изменениям вследствие -

Расстройством мозгового

кровообращения

Изменением А/Д

Изменением личности

Изменением мнестической функции

332. Психическая особенность человека, проявляющаяся в преодолении препятствий на пути к поставленной цели:

воля

страх

самовоспитание

самообладание

333. Психические изменения, отмечающиеся перед тяжелой операцией

нарушение сна, кошмарные сновидения,

Галлюцинация, бред

Агрессивность, тревога, иллюзия

Агрессивность, галлюцинация

334. Психический процесс, обеспечивающий создание новых образов, на основе ранее воспринятых:

воображение.

ощущения.

восприятия.

мышление.

335. Психический процесс, обеспечивающий сохранение воспринятой информации о

предметах и явлениях окружающего мира:

память
ощущения
восприятия
мышление

336. Психический процесс, обеспечивающий целостное представление о предметах и явлениях окружающего мира:

восприятия.
ощущения.
мышление.
воображение.

337. Психическое отражение окружающей действительности в форме переживаний, связанных с удовлетворенной или неудовлетворенной потребностью:

эмоции
высшие чувства
сознание
подсознание

338. Психическое состояние, связанное с потребностями и мотивами, отражающее в форме непосредственно-чувственных переживаний их зависимость для субъекта:

эмоции.

нравственные чувства.

практические чувства.
интеллектуальные чувства.

339. Психогигиена это -
мероприятия, направленные на сохранение психического здоровья человека

Профилактика инфекционных заболеваний
Профилактика распространения заболеваний
Предотвращение развития психических

заболеваний

340. Психологические исследования, проводимые на основе изучения жизненного пути человека, его родителей и родственников; значимых для них личностных ценностей с целью прогнозирования возможностей будущего развития:

биографический метод.
интроспекция.
метод проб и ошибок.
генетический метод.

341. Психологический метод исследования эмоциональных состояний -

опросник Айзенка
Тест Поппелрайтера
Тест Люшера
Тест Тейлора

342. Психологическое исследование восприятия

иллюзионная проба
Таблица Шульте
Создание аналогий
пиктограмма

343. Психологическое исследование интеллекта -

тест Векслера
наблюдение

пиктограмма

Корректурная проба

344. Психологическое исследование связанное с использованием технических средств и осведомлённости испытуемых о происходящем:

искусственный эксперимент.
беседа.
анализ продуктов деятельности.
генетический метод.

345. Психопрофилактика это -

предотвращение развития и распространения психических нарушений

Профилактика инфекционных заболеваний

Профилактика распространения заболеваний

Предотвращение развития психических заболеваний

346. Психопрофилактическая подготовка беременных проводится мед.персоналом в форме

Дородовая и психопрофилактика в родовспомогательных учреждениях

Психопрофилактика девушек
Санитарно-просветительная

работа в махалях

Разъяснительные мероприятия в учебных заведениях

347. Разновидность психологической защиты, основанной на

переключении внимания с неудовлетворенных потребностей на другие,

более реальные:

сублимация.
фрустрация .
сензитивность.
конфронтация.

348. Реакция хирургического больного на предстоящую операцию (исключите лишнее):

Правильное понимание ситуации
Переоценка значимости операционного риска

Недоверчивост к врачам
Умышленное отрицание,
скрывание симптомов болезни

349. Речь двух и более лиц:

диалог.
общение.
коммуникация.

обмен информацией.

350. Речь, избыливающая научной терминологией характеризует:
научно - деловой стил речи.
публистический стил речи.
жаргонный стил речи.
образно-эмоциональный стил речи.

351. Речь, обращенная к самому себе называется:
эгоцентрическая.
внешняя.
устная.
диалогическая.

352. Речь, обычно сопровождающая игру дошкольника и обращенная как правило к самому себе:
эгоцентрическая реч.
спонтанная реч.
аффективная реч.
внешняя реч.

353. Речь:
процесс общения посредством языка.
способ передачи сигналов.
первосигнална.
социална.

354. Решающим условием возникновения сознания человека явился:
труд.
окружающий мир.
общий кругозор.
головной мозг.

355. С каким свойством восприятия связано преимущественное выделение одних объектов по сравнению другими:
избирательность
предметность
структурность
целостность

356. С какими изменениями психики сопровождается соматическая болезнь у психопатических личностей
Утяжелением или смягчением аномальных проявлений личности
Нет связи между ними
Полное изменение личности
Ухудшение соматики

357. С помощью корректурной пробы определяется -
внимание
память
интеллект
мышление

358. С помощью метода «счет по Крепелину» определяется -
умственные способности
восприятие
Память и внимание
Внимание и интеллект

359. С помощью метода Айзенка определяется:

темперамент
поведение
память
интеллект

360. С помощью пиктограмм исследуется следующий психический процесс -
мышление и память
интеллект
восприятие
Формирование аналогий

361. С помощью теста Бентона определяется:
зрительная ретенция
Слуховая память
внимание

362. С чем больше всего связана психологическая реакция урологического больного?

Способностью человека сохранять функцию мочеиспускания
Личностными особенностями
Генетическими особенностями
Подходом врача-уролога

363. С чем связано «сознание болезни»?

Субъективными переживаниями, опытом
Особенностями личности
Тяжестью болезни
Подходом лечащего врача

364. Самооценка – это:
осознаваемая оценка личностью самой себя, своих возможностей качеств, положения в обществе.
оценка себя.
взгляд на себя.
представления о себе.

365. Самосознание – это:
относительно устойчивая осознанная система представления индивида о самом себе
образ своего Я
образ своих качеств

Облик личности
366. Свойства

гиперактивности -
импульсивные действия, не податливость к внешним уговорам
Активность, упрямость
Упрямость, конфликтность, сонливость
Многоречивость, активность

367. Свойства личности с онкологической патологией
Снижение целеустремленности, чувство страха
Повышение аффективных реакций

Ослабление чувствительности
Навязчивые мысли

368. Свойство восприятия, состоящее в том, что пространственная предметная ситуация воспринимается как единое целое, даже, если отдельные из его частей в данный момент не видны:

целостность.
избирательность.
депривация.
рецепция.

369. Свойство мозга, заключающееся в способности отражать объективную реальность

это:

психика
сознание
мышление
рефлексия

370. Свойство нервной системы, характеризующееся лёгкостью возникновения возбуждения и торможения при формировании условных рефлексов:

динамичность.
инертность.
торможение.
меланхолия.

371. Свойство нервной системы, выражающееся в её способности быстро реагировать на изменения, происходящие в окружающей среде:

подвижность
инертность
торможение
динамичность

372. Сенсорная память:

содержание в течение короткого времени информации, поступающей в органы чувств.
действует на уровне рецепторов.
действует меньше одной секунды.
лежит в основе последовательных образов.

373. Сенсорная организация личности –

это:

характерный уровень отдельных систем чувствительности и способ их объединения в комплексы.
ощущение и восприятие.
ограниченная сенсорная основа.
опора на взаимодействие сенсорики.

374. Сильное глубокое, абсолютно доминирующее эмоциональное переживание, связанное с непреодолимой силой потребности:

страст.
стресс.
аффект.
ревность.

375. Сильное и кратковременное эмоциональнопереживание, связанное с выключением либо сужением сознания:

аффект.
апатия.
амбивалентность.
депрессия.

376. Сильное и относительно кратковременное состояние, связанное с резким изменением важных для субъекта обстоятельств и сопровождаемое сужением сознания:

аффект.
страст.
стресс.
страх.

377. Систематическое целенаправленное восприятие объектов –это:

наблюдение.
ощущение.
Опознание.
беседа.

378. Сколько отраслей психологической науки существует сегодня:

более 15
5
7
10

379. Слабоумие, психическое недоразвитие:

олигофрения.
дебилность.
подсознательное.
бессознательное.

380. Советский психолог, автор концепции о трех уровнях эволюционного развития психики:

Леонтев.
Выготский.
Рубинштейн.
Элконин.

381. Советский психолог, разработавший концепцию способностей, одаренности и таланта человека:

Элконин.
Леонтев.
Теплов.
Бехтерев.

382. Совместное участие в какой-либо деятельности:

партнерство.
соперничество.
сотрудничество.
конформность.

383. Совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, появляющихся в процессе деятельности и общения с окружающими:

характер.
темперамент.
Способности.

экстравертированность.

384. Совокупность действий, направленных на изучение ситуации и регуляцию своего поведения в соответствии с ней:

ориентировочная деятельность

конформизм.

интериоризация.

экстериоризация.

385. Совокупность элементов чувственного познания, включающая ощущения, восприятия, представления называется:

сенсорикой.

эйдетизмом.

депривацией.

гомеостазом.

386. Согласно концепции Ж.Пиаже (1896-1980) все дети :

проходят одни и те же стадии развития мышления.

не проходят через все стадии развития мышления .

рождаются умными.

эмоциональны.

387. Согласно концепциям советской психологии психика формируется в процессе :

активной деятельности.

самосознания.

самоактуализации.

социологизации.

388. Согласно теории научения, речь развивается в результате:

подражания «родительской модели».

интериоризации чувственного языка.

последовательных приближений.

проб и ошибок.

389. Согласно теории психоанализа, ведущую роль в детерминации человеческого поведения играет его:

бессознательное.

сознание.

мышление.

интуиция.

390. Создание новых образов по эскизу:

схематизация

гиперболизация

акцентуация

агломинация

391. Создателем первой экспериментальной психологической лаборатории является:

Вундт.

Сеченов.

Павлов.

Торндайк.

392. Сознание определено:

общественно - историческим характером развития человечества.

изменением классовой направленности.

сменой формаций.

природой.

393. Сознание-это:

высокий уровень психического отражения

действительности. продукт общественно- исторического развития способность к рефлексии совокупность чувственных и умственных образов субъекта способность адекватно реагировать на изменения в окружающей среде

394. Сознательная активность человека, порождаемая потребностями:

деятельность

память

воображение

мышление

395. Соотношение динамических особенностей психики проявляющихся в интенсивности, скорости и силе нервных реакций индивида:

темперамент.

этнические особенности.

природные задатки.

способности.

396. Состояние возникающее в экстремальных ситуациях, требующее от человека мобилизации сил и энергии:

стрессом

стеническими эмоциями

астеническими эмоциями.

аффектом.

397. Состояние душевного расстройства, подавленности, связанное с упадком сил и снижением активности называется:

депрессией.

стеническими эмоциями.

астеническими эмоциями.

апатией.

398. Состояние психики, характеризующиеся нарушением мышления и являющиеся одной из форм умственной отсталости:

дебилность

предсознательное

подсознательное

бессознательное

399. Состояние психики, характеризующиеся нарушением мышления и являющиеся одной из форм умственной отсталости:

олигофрения.

предсознательное.

бессознательное.

акселерация.

400. Специфические потребности, присущие человеку, выражающиеся в его стремлении к знаниям и постижению культуры:

духовные.
материальные.
социальные.
органические.

401. Способ выработки новых форм поведения при возникновении проблемных ситуаций:

метод проб и ошибок.
референтометрия.
интроспекция.
метод изучения продуктов деятельности.

402. Способ приспособления к окружающей среде:

адаптация.
чувствительность.
синестезия.
сенсбилизация.

403. Способности формируются на основе:

природных задатков.
взаимоотношений с окружающими.
зависят от характера и темперамента.
они передаются по наследству.

404. Способности – что:

индивидуально - психологические особенности личности, обеспечивающие успешную деятельность.

задатки.
талант.
знания, умения, навыки.

405. Способность выделения при восприятии наиболее значимых объектов окружающего мира, определяемых потребностями, интересами и направленностью личности:

избирательность
целостность
депривация
рецепция

406. Способность живых организмов к отражению целостных вещей окружающего мира путем ответной реакции на целый комплекс различных раздражителей:

перцептивная стадия развития.
сенсорная стадия развития.
интеллектуальная стадия развития.
филогенез.

407. Способность замечать малозаметные, на первый взгляд, особенности предметов:

наблюдательность
представления
депривация
рецепция

408. Способность к выполнению определенных действий без предварительного обдумывания их:

умение.
привычка.
навык.
талант.

409. Способность к деятельности определяется:

творческим подходом к ней.

желанием ее выполнять.
интересом к ней.
трудолюбием.

410. Способность к ощущениям и ответной реакции на них:

чувствительность
адаптация
синестезия
сенсбилизация

411. Способность к сопереживанию и сочувствию другим называется :

эмпатия.
симпатия.
альтруизм.
аттракция.

412. Способность личности приспособливается к окружающей среде при необходимости:

конформизм.
фрустрация.
депрессия.
апатия.

413. Способность музыканта отличать на слух звуки (например «до» и «до-диез») обеспечивается:

сенсбилизацией
явлением синестезии
нервной возбудимостью
адаптацией

414. Способность отдельных людей к сохранению и воспроизведению ярких и детальных образов ранее воспринятых:

эйдетическая память
синестезия.
слуховая память.
реминисценция.

415. Стадия формальных операций:

достигается всеми в возрасте от 14-15 лет.

характеризуется формулировкой гипотез и выводов.
характеризуется развитием субъективного мышления.

не объективна.

416. Стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психический процесс или личность в целом:

тест.
эксперимент.
анкета.
социометрия.

417. Стил межличностных взаимоотношений, основанный на беспрекословном подчинении руководителю (лидеру):

- авторитарный.
- либеральный.
- демократический.
- опека.

418. Стил межличностных взаимоотношений, основанный на дискуссионном подходе в решении возникающих проблем:

- демократический
- либеральный
- авторитарный
- опека

419. Стойкие эмоции, возникающие в процессе общения с окружающими:

- эмоциональные отношения.
- эмоциональные реакции.
- эмоциональные состояния.
- стрессы.

420. Стойкое, активное целенаправленное, точное восприятие это:

- наблюдательность
- представление
- познание
- внимание

421. Стремление к согласованной и слаженной совместной трудовой деятельности:

- сотрудничество.
- партнерство.
- соперничество.
- конформность.

422. Стремление человека обрести своё место в обществе, реализовать себя в общении, создании семьи, воспитании детей и т.п.:

- социальные потребности.
- органические потребности.
- духовные потребности.
- материальные потребности.

423. Структуру личности составляют:

- направленность.
- психические процессы.
- психические состояния.
- психические свойства.

424. Существует определенный порядок подачи спиртных напитков: сначала подаются более легкие, а потом более крепкие вина:

- адаптация.
- сенсбилизация.
- связано с низким порогом чувствительности.
- связано с высоким порогом чувствительности.

425. Сценарист написал песу для театра.

О каком виде речи можно говорить в данном случае:

- писменная.
- диалогическая.
- монологическая.
- устная.

426. Темперамент был впервые описан:

- Гиппократом.
- Аристотелем.
- Платоном.
- Павловым.

427. Темперамент, характеризующийся безудержностью, вспыльчивостью, резкостью, стремительностью и непредсказуемым повелением в общении с окружающими:

- холерик.
- сангвиник.
- меланхолик.
- флегматик.

428. Темперамент, проявляющийся в эмоциональной неустойчивости и нерешительности, глубоких переживаниях, даже из-за мелочей, ввиду слабого типа нервной системы (по теории и.п. Павлова).:

- меланхолик
- сангвиник
- флегматик
- холерик

429. Темперамент, проявляющийся в эмоциональной неустойчивости и нерешительности, глубоких переживаниях, даже из-за мелочей, ввиду слабого типа нервной системы (по теории и.п. Павлова).:

- сангвиник.
- меланхолик.
- флегматик.
- холерик.

430. Темперамент, характеризующий индивид замедленной скоростью протекания нервных процессов, маловыразительной мимикой:

- флегматик.
- сангвиник.
- меланхолик.
- холерик.

431. Темперамент, характеризующийся активностью, энергичностью, самообладанием, хорошей работоспособностью, коммуникабельностью и лёгкостью приспособления к изменяющимся условиям окружающей среды:

- сангвиник
- меланхолик
- флегматик
- холерик

432. Термин «гипноз» означает -

- сон
- сновидение

фантазия
бессознательность

433. Тест ММРІ это -

тест определения типа личности

Субъективный тип

Проекционный тест

Интеллектуальный тест

434. Тест- это буквально:

испытание, проба

задача

прием

эксперимент

435. Тип личности - скрытный, вялый, быстро теряющий контроль над собой

шизоиды

дистимики

гипертимики

синтонные

436. Тип личности, характеризующийся демонстративностью, склонностью к фантазиям

истерический

астенический

психиастенический

ананкастический

437. Тип личности, характеризующийся пассивностью слабоволием, податливостью к внешним факторам, изменчивостью суждений

неустойчивый тип

Истерический тип

Возбудимый тип

Астенический тип

438. Тип личности, характеризующийся склонностью к снижению настроения, пессимизмом, справедливостью, самообвинением, спокойствием

дистимический тип

Истерический тип

Возбудимый тип

Астенический тип

439. Тип личности, характеризующийся с гиперактивностью, высокой самооценкой -

Гипертимные личности

Застревающий тип

Возбудимый тип

гипотимные личности

440. Тип личности, характеризующийся с низкой самооценкой, склонностью к пессимизму -

гипотимные личности

Гипертимные личности

Застревающий тип

Возбудимый тип

441. Тип темперамента, характеризующийся вспыльчивостью и поспешностью в действиях:

холерик.

меланхолик.

сангвиник.

флегматик.

442. Тип темперамента, характеризующийся замедленной ответной реакцией меланхолик:

флегматик

холерик

сангвиник

флегмахолик

443. Тип темперамента, характеризующийся повышенной впечатлительностью и обидчивостью:

меланхолик.

холерик.

сангвиник.

флегматик.

444. Тип темперамента, характеризующийся хорошей приспособляемостью к изменившимся условиям окружающей среды:

сангвиник

меланхолик

холерик

флегматик

445. Типология личности по телосложению (исключите лишнее):

суставной

церебральный

респираторный

мышечный

446. Точность памяти:
способность без искажения в тех же словах воспроизвести информацию.

цитирование мыслей.

последовательное

воспроизведение информации.

передача сути информации.

447. У истоков психологии стоял :

Аристотел

Кант

Гегел

Локк

448. У человека врожденными формами поведения считаются:

инстинкты

агрессивные действия

доминирование

половое поведение

449. У человека врожденными формами поведения считаются:

инстинкты.

агрессивные действия.

доминирование.

половое поведение.

450. Удовлетворенность результатами своей деятельности это проявление:

практических чувств

интеллектуальных чувств

эстетических чувств
нравственных чувств

451. Укажите признаки, характерные для астенического типа личности:

раздражительность, вялость
Повышение настроения
гиперактивность
Патологическая сонливость

452. Укажите признаки, характерные для гипертимных личностей:

повышенность настроения, двиг.активность,
коммуникабельность

Раздражительность, пассивность
Вялость, утомляемость
Изменчивость настроения

453. Уровень интеллекта IQ 30-50% при

имбецильности
идиотии
дебилности
деменции

454. Уровень интеллекта IQ 50-70% при

дебилности
имбецильности
идиотии
деменции

455. Уровень интеллекта IQ ниже 30% при

идиотии
дебилности
имбецильности
деменции

456. Уровень развития индивида при котором проявляется способность к решению ряда практически значимых задач, обуславливающих целесообразность поведения:

интеллектуальная стадия развития.
перцептивная стадия развития.
сенсорная стадия развития.
филогенез.

457. Усвоение места и роли личности в сфере взаимоотношений с окружающими и деятельности называется:

социологизацией.
самосознанием.
самоактуализацией.
идентификацией.

458. Установка на улучшение отношения к деятельности может быть сформирована при:

доверии.
поощрениях.
унижении.
конфронтации.

459. Устойчивое эмоциональное состояние, окрашивающее деятельность человека и выражающееся во всех его проявлениях:

настроение
стеснительность
застенчивость
робость

460. Учение о наивысших сущностях и процессах в живом организме отражено в термине:

психология.
право.
политология.
логика.

461. Ученый, предложивший метод гипноза

Жеймс Бред
Адлер
Ясперс
Юнг

462. Факторы, влияющие на отношение женщины к беременности (и.л.):

Отношение мед.персонала
Особенности личности женщины

Социальные факторы
Морально-этические факторы

463. Фантастический, далёкий от реальности, нереализуемый вид воображения -

пассивный
активный
Творческий
Теоретический вид воображения

464. Физиологический порог:

представляет собой предел чувствительного порога
определен генетически.
может меняться с возрастом.
не меняется.

465. Физиологический процесс, противоположный возбуждению, ведущий к замедлению или задержке проведения импульсов в нервных центрах:

торможение.
динамичность.
меланхолия.
лабильность.

466. Физиологической основой воли является:
образование сложных систем нервных связей.

динамический стереотип.
совокупность сложных комбинаций рефлексов.
агломинация.

467. Физиологической основой характера является:

тип нервной системы, а также система временных нервных связей, образующихся в коре головного мозга под влиянием раздражителей.

тип нервной системы.
динамический стереотип.
синтетическая деятельность

головного мозга.

468. Формирование характера начинается:
с детства и взаимодействия с микромиром.
с общения.
с оценки действий.
с требований взрослых.

469. Функции рецепторов:
характерны для каждого вида живых существ.
зависят от уровня развития мозга.
одинаковы для всех видов.
наиболее развиты у человека.

470. Функция лидера в группе:
регулирование деятельности и взаимоотношений в группе.
ответственность за деятельность группы.
распределение обязанностей между членами группы .
единство взглядов с другими членами группы.

471. Характер - это:
индивидуально - своеобразное сочетание свойств личности.
не целостное образование личности.
единство индивидуального и типического.
тип нервной системы.

472. Характер изменения психической деятельности при инфаркте миокарда связано с ...
Локализацией инфаркта
Присутствием сочетанной соматической патологией
Присутствием сочетанной психической патологией
Личностными особенностями

473. Характерная черта активного целенаправленного запоминания:
заучивание
представление
повторение
фиксация

474. Характерные свойства личности при эпилепсии
педантичность, олигофазия, дисфория
Многоречивость, скрытность, дисфория
Педантичность, повышенное настроение,
Гиперактивность, многоречивость, гипермнезия

475. Целостная структура психики является предметом исследования в:
гештальтпсихологии.
бихевиоризме.
психоанализе.
когнитивной психологии.

476. Ценностные ориентации личности, бескорыстно направленные на другого человека, его интересы и стремления (иногда даже в ущерб своим собственным интересам):
альтруизм.
одержимость.
импульсивность.
самоуверенность.

477. Человек, занимающийся йогой, может ходить, по лезвию ножа без обуви не ощущая боли

люди, живущие в странах с теплым климатом, хуже переносят морозы:
адаптация.
синестезия.
связано с низким порогом чувствительности.
связано с высоким порогом чувствительности.

478. Чем определяются источники произвольного внимания:
субъективными факторами.
объективными факторами.
новизной раздражителя.
внешними стимулами.

479. Чем отличается психика человека от психики животных?
Мышлением
Ощущением
Влечением
Эмоцией

480. Черта характера личности, ведущим мотивом деятельности которой, является стремление к достижению первенства, славы, почётному положению в сфере общественной жизни:
честолюбие.
решительность.
импульсивность.
самоуверенность.

481. Черта характера личности, проявляющаяся в способности чётко организовать свою деятельность и без надежды на чью-то помощь идти к достижению поставленных перед собой целей:
самостоятельность.
ответственность.
одержимость.
импульсивность.

482. Черта характера, выражающаяся в мелочностной точности и излишнем формализме:
педантизм
эгоизм
аутизм
эйдетицизм

483. Черта характера, выражающаяся в мелочностной точности и излишнем формализме:
педантизм.
эгоизм.
аутизм.
ревность.

484. Черта характера, проявляющаяся в стремлении к удовлетворению только личных потребностей:

эгоизм.
честолюбие
решительност
бездушност

485. Черта характера, проявляющаяся в совершении быстрых необдуманных действий, типичная для лиц с холерическим типом темперамента:

импульсивност
ответственност
самостоятелност
одержимост

486. Черта характера, связанная с недостаточной критичностью мышления и переоценкой своих способностей и возможностей:

самоуверенност.
импульсивност.
решительност.
самостоятелност.

487. Что доминирует в структуре личности по Фрейд:

бессознательное ИД (оно)
сознательное ЭГО (Я).
предсознание.
сверх - Я (суперэго).

488. Что изучает предмет мед.психологии?

психическую деятелност человека
Психические заболевания
Характер психически больных
Психику человека

489. Что лежит в основе любой деятельности:

действия
мысл
движения
чувства

490. Что необходимо для изучения характера человека:

длительные наблюдения за человеком в разных ситуациях.

клиническая беседа.
тест.

социометрия.

491. Что определяет темперамент:

высокая контактност.

трудолюбие

ответственност
целеустремленност

492. Что определяет темперамент:

низкая работоспособност.
аккуратност.
чувство долга.
трудолюбие.

493. Что определяет темперамент:

высокая контактност.

трудолюбие.
целеустремленност.

аккуратност.

494. Что определяет характер:

аккуратност.

хорошая координация движений.

впечатлительност.

высокая контактност.

495. Что определяет характер:

ответственност.
малоподвижност.
низкая адаптация.
впечатлительност.

496. Что относится к врожденным индивидуальным особенностям личности:

темперамент.
способност.
характер.
памят.

497. Что относится к личностным особенностям?

Темперамент, характер, способност

Ощущение, восприятие, внимание, интеллект

Внимание, влечение, знание

Настроение, работоспособност, мудрост

498. Что относится к непосредственному познанию?

Раздражимост, ощущение, восприятие

Мышление, памят

Внимание, памят

Ощущение, памят

499. Что составляет основу развития воображения:

труд.

познание.

устное народное творчество.

реч.

500. Что способствует развитию творческого мышления :

способност видеть объект под новым углом зрения.

склонност к конформизму.

чрезмерно развитое критическое мышление.

нежелание быт «белой вороной».

501. Что такое адаптация?

Постепенное снижение чувствительности на повторяющиеся сильные раздражители

Постепенная потеря чувствительности

Сочетание чувствительности с зрительными образами

Одновременное сочетание нескольких ощущений

502. Что такое анозогнозия?

Недооценка, отрицание существующей болезни
Недопонимание существующей болезни
Отрицание присутствия самого себя
Недооценка окружающих

503. Что такое гипернозогнозия?

Переоценка объективных соматических расстройств

Недопонимание существующей болезни
Переоценка собственных способностей
Недооценка окружающих

504. Что такое дидактогения?

Отрицательное влияние неправильных действий педагогов

Неблагоприятное условие для больного
Формирование субъективных изменений
Патология личности

505. Что такое порог ощущения?

Минимальная интенсивность раздражителя, которая вызывает ощущение

Максимальный уровень ощущений
Граница между нормой и патологией ощущений
Потеря чувствительности

506. Что такое сновидения:

Пассивный вид воображения.
Бессознательное отражение действительности.
Результат высокой гипнабельности.
Вид активного воображения

507. Что такое экстраверсия?

внешнее отражение внутренних переживаний, чувств

Скрытые внутренние переживания
подавленность

Повышение настроения

508. Что такое ятропатия?

Отрицательные последствия для больного неправильных действий врача

Неблагоприятное условие для больного
Формирование субъективных изменений
Патология личности

509. Что характеризует темперамент:

быстрое включение в работу.
вежливость .
аккуратность.
чувство долга.

510. Что является основным содержанием структуры характера:

направленность личности.
убеждение.
мировоззрение.

воля.

511. Что является основополагающим в деятельности:

созидательный, преобразующий характер.
классовый характер.
исторический характер.
систематизация.

512. Что является первоосновой познавательной деятельности:

ощущения.
мышление.

воображение.

восприятия.

513. Что является природной основой темперамента:

тип нервной системы.
головной мозг.
динамический стереотип.
нервные процессы.

514. Чтобы представление о мире оставалось стабильным, мозг должен:

функционировать.
постоянно осуществлять коррекции.

учитывает расстояние, на котором находятся предметы.

изменяют восприятие в зависимости от угла зрения.

515. Чувства, связанные с проявлением мышления,

направленного на поиск нового:

интеллектуальные чувства
эстетические чувства
нравственные чувства
практические чувств

516. Чувства, связанные с умственной деятельностью человека и побуждающие к поискам нового, (это: любопытство, любознательность, чувство юмора и др.):

интеллектуальные чувства
нравственные чувства.
практические чувства.
эстетические чувства.

517. Эйдетизм это -
способность точного представления ранее воспринятого
способность частичного представления ранее воспринятого
способность представления воспринятого

Отношение человека к окружающему

518. Экстравертный, чувствительный тип личности -

демонстративные личности
Педантичные личности
Застревающие личности
Возбудимые личности

519. Что определяет характер:

ответственность.
малоподвижность.
низкая адаптация.
впечатлительность.

520. Что относится к врожденным индивидуальным особенностям личности:

темперамент.
способности.

характер.
памят.

521. Что относится к личностным особенностям?

Темперамент, характер, способность
Ощущение, восприятие, внимание, интеллект
Внимание, влечение, знание
Настроение, работоспособность, мудрост

522. Что составляет основу развития воображения:

труд.
познание.
устное народное творчество.
реч.

523. Что способствует развитию творческого мышления :

способность видеть объект под новым углом зрения.
склонность к конформизму.
чрезмерно развитое критическое мышление.
нежелание быть «белой вороной».

524. Что такое сновидения:

Пассивный вид воображения.
Бессознательное отражение действительности.
Результат высокой гипнабельности.
Вид активного воображения

525. Что характеризует темперамент:

быстрое включение в работу.
вежливость .
аккуратность.
чувство долга.

526. Что является основным содержанием структуры характера:

направленность личности.
убеждение.
мировоззрение.

ВОЛЯ.

527. Что является основополагающим в деятельности:

созидательный, преобразующий характер.
классовый характер.
исторический характер.
систематизация.

528. Что является первоосновой познавательной деятельности:

ощущения.
мышление.
воображение.
восприятия.

529. Что является природной основой темперамента:

тип нервной системы.
головной мозг.
динамический стереотип.
нервные процессы.

530. Чтобы представление о мире оставалось стабильным мозг должен:

функционировать.
постоянно осуществлять коррекции.
учитывать расстояние, на котором находятся

предметы.

изменяют восприятие в зависимости от угла зрения.

531. Чувства, связанные с проявлением мышления, направленного на поиск нового:

интеллектуальные чувства
эстетические чувства
нравственные чувства
практические чувств

532. Чувства, связанные с умственной деятельностью человека и побуждающие к поискам нового, (это: любопытство, любознательность, чувство юмора и др.):

интеллектуальные чувства .
нравственные чувства.
практические чувства.
эстетические чувства.

533. Экстрасенсорное восприятие:

индивидуальные различия человека.
в настоящее время является предметом изучения в психологии.
многими рассматривается как "обычная способность.
интересует в равной мере физиков и психологов.

534. Элементарная стадия развития, присущая всем живым организмам, характеризующаяся реакцией чувственных клеток на полученное из

внешней среды воздействие:
сенсорная стадия развития.
перцептивная стадия развития.
интеллектуальная стадия развития.

филогенез.

535. Эмоциональное состояние, возникающее в экстремальной ситуации, требующей от человека мобилизации и напряжения нервно-психических сил :

стресс.
аффект
ревность
страх.

536. Эмоциональное состояние, возникающее при неудачах, сопровождающееся состоянием безысходности, крушением надежд :

фрустрация.
апатия.
депрессия.
аффект.

537. Эмоциональные переживание человека своего отношения к предметам и явлениям действительности:

чувства
эмоции
дружба
влюбленность

538. Язык характеризуется:

системой знаков, выполняющих функции общения и мышления.
наличием сигналов, запускающих те или иные реакции.
возможностью передавать информацию о прошлых и будущих событиях.

ограниченной лингвистической компетентностью.

539. Яркий свет на сцене вызывает ощущение тепла, а темнота ощущение прохлады. Как называется данное явление:

синестезия
сенсбилизация
адаптация
конфабуляция

540. Экстрасенсорное восприятие:

индивидуальные различия человека.
в настоящее время является предметом изучения в психологии.
многими рассматривается как "обычная способность.

интересует в равной мере физиков и психологов.

541. Элементарная стадия развития, присущая всем живым организмам, характеризующаяся реакцией чувственных клеток на полученное из внешней среды воздействие:

сенсорная стадия развития.
перцептивная стадия развития.
интеллектуальная стадия развития.
филогенез.

542. Эмоциональная амбивалентность это -
отмечается одновременное проявление противоположных чувств

Различные воображения
Повышенность настроения
Бесчувствие

543. Эмоциональное состояние, возникающее в экстремальной ситуации, требующей от человека мобилизации и напряжения нервно-психических сил :

стресс.
аффект
тревога
страх.

544. Эмоциональное состояние, возникающее при неудачах, сопровождающееся состоянием безысходности, крушением надежд :

фрустрация.
апатия.
депрессия.
аффект.

545. Эмоциональные переживание человека своего отношения к предметам и явлениям действительности:

чувства
антипатия
симпатия
сочувствие

546. Эндокринный психосиндром это:

Возникает при эндокринных заболеваниях
Результат диффузного поражения головного мозга
Возникает при сочетанной соматической патологии
Результат личностных изменений

547. Этапы развития личности ребенка (исключите лишнее)

Развитие характерологических черт
Формирование стереотипа личности
Развитие психической деятельности
Формирование социального стереотипа личности

548. Язык характеризуется:

системой знаков, выполняющих функции общения и мышления.

наличием сигналов, запускающих те или иные реакции.
возможностью передавать информацию о прошлых и будущих событиях.

ограниченной лингвистической компетентностью.

549. Понятие это -
отражение информации об общих и конкретных свойствах предмета, явлений

Основа мышления
Конкретные представления
Умозаключение о ситуациях

550. Виды понятий:

конкретное, абстрактное
Простое. сложное
Положительное. отрицательное
Высшее, низшее

551. Психологический метод исследования памяти:

Векслер тесты
Корректирующая проба пиктограмма
Образование аналогий

- 552. Психологический метод ощущений -**
определение сравнительной чувствительности
Тест Айзенка
Корректирующая проба
Пиктограмма
- 553. Не относится к формам мышления -**
синтез
умозаключение
решение
понятие
- 554. К какому виду психотерапии относится метод гипноз?**
суггестивная психотерапия
Рациональная психотерапия
психоанализ
Коллективная психотерапия
- 555. Особенности ухода медицинского персонала в детском учреждении:**
Изучение личности ребенка, занимается, играет с детьми
Доверчивость
Недоверчивость к родителям детей
Наблюдение, речевой контакт
- 535. Укажите этап развития личности детского возраста (исключите лишнее)**
Развитие характерологических черт
Формирование стереотипа личности
Развитие психической деятельности
Формирование социального стереотипа личности
- 556. Факторы, влияющие на отношение женщины к беременности (и.л.):**
Отношение мед.персонала
Особенности личности женщины
Социальные факторы
Морально-этические факторы
- 557. Психопрофилактическая подготовка беременных проводится мед.персоналом в форме**
Дородовая и психопрофилактика в родовспомогательных учреждениях
Психопрофилактика девушек
Санитарно-просветительная работа в махалях
Разъяснительные мероприятия в учебных заведениях
- 558. Особенности ведения больного с эндокринной патологией**
Терпеливое и внимательное отношение
Активизировать реакции больного
Предотвратить капризы больного
Вежлива и терпелива
- 559. Особенности психологии лиц с эндокринной патологией:**
Повышенная аффективность, замедление мышления
Пассивность, апатия
Ускорение темпа мышления
Усиление памяти
- 560. Особенности психологии лиц с пороком сердца**
Инертность мышления, сужение круга интересов, расстройства сна
- Повышенная аффективность
Пассивность, апатия
Ускорение темпа мышления