

## Лекция 1. Введение в психологию здоровья.

1. Подходы к определению сущности здоровья (основные социокультурные эталоны).
2. Сущность физического здоровья человека.
3. Характеристика психического и психологического здоровья.
4. Психическое здоровье. Критерии психического здоровья.
5. Психологическое здоровье. Критерии психологического здоровья.
6. Основные черты здоровой личности.
7. Социальное здоровье. Характеристика здорового общества.
8. Гендер и здоровье.
9. Социальные изменения и здоровье общества.
10. Психология здоровья как наука. Цель, объект и задачи психологии здоровья.
11. Основные проблемы психологии здоровья. Связь с другими науками.
12. Основные модели здоровья.
13. Характеристика основных факторов здоровья.
14. Характеристика психологических факторов здоровья.
15. Психологическая устойчивость личности.
16. Управление стрессами. Копинг-стратегии.
17. Акцентуации личности и психология здоровья.

### 1. Подходы к определению сущности здоровья (основные социокультурные эталоны).

1) **Античный (5 в. До н.э.)**. Акмелон выделил понятие здоровья. Гиппократ: правильное смешение соков. Цицерон: внутренняя согласованность душевных проявлений. Аврелий, Синек (стоицизм) – индивидуальная частичка вселенной. Здоровье – это когда душа и тело подчиняются законам целостности природы. 2 главных принципа стоицизма: умеренность и забота о себе.

2) **Адаптационный**. Система отношений индивида с окружающим миром (теория Дарвина и социология Дюргейма). Оздоровление понимается как успешная адаптация и всесторонняя гармонизация отношений субъекта с окружающим миром. Минус данного представления о здоровье – это дефицитарность. Дефицитарность модели противостоит античной концепции здоровья.

3) **Антропоцентрический (социокультурный)**. Здоровье рассматривается как высшее духовное предназначение чел-ка. Авторы психоанализа: Эриксон, Фромм, Маслоу, Роджерс, Олпорт. Эриксон выделял наличие внутренней связи между личностным ростом и здоровьем. Олпорт (этот эталон базируется на представлении о динамической свободно развивающейся и ориентированной на высшие ценности личности. Основ критерий: самовыражение, дух, самоопределение.

**Здоровье** – это такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезни или физических дефектов, но полное душевное, физическое и социальное благополучие

### 2. Сущность физического здоровья человека.

Физическое здоровье – важнейший компонент в сложной структуре состояния здоровья человека. Оно обусловлено свойствами организма как сложной биологической системы. Как биологическая система организм обладает интегральными качествами, которыми не обладают ее отдельные составляющие элементы (клетки, ткани, органы и системы органов). Эти элементы вне связи между собой не могут поддерживать индивидуальное существование.

Физическое здоровье обуславливается способностью организма к саморегулированию. Совершенная координация всех функций – следствие того, что живой организм представляет собой саморегулирующуюся систему. Саморегуляция составляет сущность

биологической формы развития, т. е. жизни. Это общее свойство биологических систем позволяет устанавливать и поддерживать на определенном, относительно постоянном уровне те или иные физиолого-биохимические или другие биологические показатели (константы), например постоянство температуры тела, уровень артериального давления, содержания глюкозы в крови и т. д.

Поддержание степени упорядоченности проявляется в относительном динамическом постоянстве внутренней среды организма - гомеостазисе.

Физическое здоровье - текущее состояние структурных элементов целостного организма (клеток, тканей, органов и систем органов человеческого тела), характер их взаимодействия и взаимосоддействия между собой. Материальную основу формирования физического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития организма человека. Она опосредована базовыми потребностями, доминирующими у человека на различных этапах индивидуального развития организма (онтогенеза). Базовые потребности, с одной стороны, служат пусковым механизмом биологического развития человека (формирование его физического здоровья), а с другой - обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

В самом общем виде физическое здоровье - это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

### **3. Характеристика психического и психологического здоровья.**

Согласно определению ВОЗ, **психическое здоровье** — это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

ВОЗ выделяет следующие **критерии психического здоровья**:

осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;

чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

\* способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы;

способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств .

оптимизм, эмоциональное спокойствие, способность радоваться, самодостаточность и умение адаптироваться к сложным жизненным обстоятельствам.

Если составить обобщенный портрет психологически здорового человека, то мы увидим спонтанного, творческого, жизнерадостного, веселого, открытого, познающего себя и окружающий мир человека не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Он находится в постоянном развитии и способствует развитию других людей. Такой человек берет ответственность за свою жизнь прежде всего на себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций. Его жизнь наполнена смыслом. Это человек, находящийся в гармонии с самим собой и окружающим его миром.

Таким образом, можно сказать, что ключевым словом для описания психологического здоровья является слово «гармония». Это гармония между различными аспектами: эмоциональными и интеллектуальными, телесными и психическими .

Критерии, по которым можно определить, насколько психически и психологически здоров тот или иной человек, достаточно размыты. Есть понятие «нормы», но оно во многом обусловлено социально-культурными особенностями, обычаями, традициями и устоями того или иного общества, особенностями профессиональной деятельности, а также ситуациями, в которых человек чаще всего проявляет себя.

#### **норме относятся:**

**1. Интеллект.** Хорошие умственные способности, продуктивное мышление, стремление находить оптимальный выход, полагаясь на реальные факты. Знание своих сильных сторон, умение добиваться цели в разумные сроки. Совершенствование навыков, наличие воображения.

**2. Моральный облик:** чуткий человек, без черствости «бездушия», нравственной тупости. Справедливый, объективный. Полагается на собственное суждение. Мнение окружающих для него не закон, хотя и существенно. Твердая воля, но не упрямство. Признает ошибки, но без самобичевания.

**3. Социально привлекательное адаптивное поведение,** контакты с людьми разных возрастов и социальных слоев. Чувство ответственности и непринужденные отношения с вышестоящими и нижестоящими личностями, гибкое чувство социальной дистанции. Спонтанность эмоционально-поведенческих реакций.

**4. Личностный оптимизм,** характер добродушный, самостоятельный. Реалист, не боится риска.

**5. Эмоциональность:** без излишней доверчивости и подозрительности. Свежесть чувств.

**6. Сексуальность:** учет пожеланий и мнений партнера, уважение к нему [3].

Условно состояние психологического здоровья можно разделить на три уровня:

**Высокий** (креативный), для которого характерна устойчивая адаптация к среде, наличие резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активное творческое отношение к действительности. Такие люди не требуют психологической помощи.

**Средний** (адаптивный) – люди, в целом адаптированные к социуму, однако имеющие некоторую повышенную тревожность, неприспособленность к отдельным нестандартным, не слишком часто встречающимся в жизни ситуациям. Своевременная и квалифицированная психологическая помощь в большинстве случаев может быть полезной и обеспечить более быстрое и менее болезненное преодоление жизненных трудностей.

**Низкий** (дезадаптивный) уровень свойственен людям, стиль поведения которых характеризуется, прежде всего, стремлением приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям или возможностям, или, наоборот, используя активную наступательную позицию, подчинить окружение своим потребностям. Люди, отнесенные к данному уровню психологического здоровья, требуют индивидуальной психологической помощи

Основные критерии психологического здоровья: адекватное восприятие окружающей среды, осознанное совершение поступков, активность, работоспособность, целеустремленность, способность устанавливать близкие контакты, полноценная семейная жизнь, чувство привязанности и ответственности по отношению к близким людям, способность составлять и осуществлять свой жизненный план, ориентация на саморазвитие, целостность личности

#### **4. Психическое здоровье. Критерии психического здоровья.**

Психическое здоровье (по ВОЗ) – душевное здоровье – состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляется с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать и быть членом общества.

Критерии психического здоровья: 1) осознание и чувство непрерывности к постоянству своего физического и психического Я. 2) чувство постоянства и идентичности переживается в однотипной ситуации. 3) критичность к себе и к своей собственной деятельности. 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий.

- 5) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами и правилами.
- 6) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовать ее.
- 7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены ситуации (обстоятельств).

## **5. Психологическое здоровье. Критерии психологического здоровья.**

**Психологическое здоровье** – это оптимальное функционирование всех психических структур необходимых для жизнедеятельности; это душевное и личностное здоровье.

**Психологическое здоровье определяется 2 признаками:**

1. Придерживаться жизненным принципам.
2. Эффективная адаптация.

### **Критерии:**

1. Адекватное восприятие окружающей среды.
2. Осознание совершаемых поступков.
3. Активность
4. Работоспособность.
5. Целеустремленность.
6. Способность устанавливать близкие контакты.
7. Полноценная семейная жизнь.
8. Чувство привязанности и ответственности.
9. Ориентация на саморазвитие.

## **6. Основные черты здоровой личности.**

1. критичность и саморазвитие.
  2. Адекватность общего уровня активизации нервно - психологического напряжения.
  3. способность контролировать и владеть своими мыслями, чувствами, действиями в соответствии с ситуацией.
  4. коммуникация, эффективные способы нахождения эффективного языка.
  5. способность к достижению и поддержки необходимого уровня IQ работоспособности.
  6. Чувство юмора.
- Свобода от зависимостей.  
Способность принимать себя, самоактуализация.  
Способность сохранять оптимальный настрой.  
Способность к истинному проявлению оптимизма.

### **Черты психически здоровой личности**

1. **Более адекватное восприятие действительности, свободное** от влияния актуальных потребностей, стереотипов и предрассудков, интерес к неизведанному. В самоактуализации человек, достигший удовлетворения основных потребностей, гораздо менее зависим и скован, более автономен и сам определяет направление своего движения.
2. **Принятие себя и других такими, какие они есть,** отсутствие искусственных, защитных форм поведения и неприятие такого поведения со стороны других.
3. **Спонтанность проявлений, простота и естественность.** Такие люди соблюдают установившиеся ритуалы, традиции и церемонии, но относятся к ним с должным юмором. Это не автоматический, а сознательный конформизм лишь на уровне внешнего поведения.
4. **Деловая направленность.** Такие люди заняты обычно не собой, а своей жизненной задачей или миссией. Обычно они соотносят свою деятельность с универсальными ценностями и склонны рассматривать её под углом зрения вечности, а не текущего момента. Поэтому все они в какой-то степени философы.
5. **Они нередко склонны к одиночеству** и для них характерна позиция отстранённости по отношению ко многим событиям собственной жизни. Это помогает им относительно

спокойно переносить неприятности и быть менее подверженными воздействиям извне. Самоактуализирующимся людям характерно пребывание наедине собой, в раздумьях.

6. **Автономия и независимость от окружения;** устойчивость под воздействием фрустрирующих факторов. Такие люди гораздо более самостоятельны и самодостаточны.

7. **Большая свежесть восприятия;** нахождение каждый раз нового в уже известном. Богатство эмоциональных реакций.

8. **Предельные переживания, характеризующиеся ощущением исчезновения собственного "Я".** Такие люди чаще испытывают пики переживания, что высвобождает творческие способности, индивидуальность индивида, что присуще мотивации развития.

9. **Чувство общности с человечеством в целом.**

10. **Дружба с другими самоактуализирующимися людьми:** узкий круг людей, отношения с которыми весьма глубокие. Отсутствие проявления враждебности в межличностных отношениях.

11. Демократичность в отношениях. Готовность учиться у других. Уважение к другим людям.

12. **Устойчивые внутренние моральные нормы.** Самоактуализирующиеся люди ведут себя нравственно, они остро чувствуют добро и зло; они ориентированы на цели, а средства всегда подчиняют этим целям.

13. **"Философское" чувство юмора.** Они относятся с юмором к жизни в целом и к самим себе, но никогда не считают смешной чью-либо ущербность или невзгоды.

14. **Креативность, не зависящая от того,** чем человек занимается, и проявляющаяся во всех действиях самоактуализирующейся личности.

15. **Более выраженная автономность и противостояние** к приобщению к какой-либо культуре. Они не принимают безоговорочно ту культуру, к которой они принадлежат. Они не конформны, но и не склонны к бездумному бунтарству. Они достаточно критично относятся к своей культуре, выбирая из неё хорошее и отвергая плохое. Они не идентифицируются со всей культурой, ощущая себя в большей степени представителями человечества в целом, чем представителями своей страны. Поэтому они нередко оказываются в изоляции в той культурной среде, которую они не желают принять».

## **7. Социальное здоровье. Характеристика здорового общества.**

**Социальное здоровье** – состояние организма, определяющее способность человека контактировать с социумом.

**Здоровое общество** – эффективное, согласно конечным критериям его жизнедеятельности общество. Говоря о «социальном здоровье», обычно подразумевают:

а. Социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести, т.е. угрозы для существования популяции или страха перед ними.

б. Влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т.е. возможности выздоровления или смерти).

в. Оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных (агрегированных) статистических показателей, составляющих т.н. «социальную статистику».

**Популяция и общество**

Популяция – это биологическое понятие, обозначающее совокупность представителей одного биологического вида, занимающих определенную территорию и имеющих беспрепятственную возможность скрещивания. Болезнь как биологический феномен соотносится, прежде всего, с человеческой популяцией. Однако реальной формой совместного существования людей, порожденной таким видовым свойством человека как сознание, является общество. Поэтому проявления биологических свойств человека модифицируются обществом, приобретая социальное качество. В свою очередь, сколько-

нибудь длительные объединения людей никогда не бывают механическими, а формируют, как утверждал один из основателей социологии Э. Дюркгейм, новый социальный субстрат. Структурными элементами такого социального субстрата выступают большие (общности) и малые социальные группы, а также создаваемые обществом для реализации своих основных функций социальные институты (государство, армия, церковь, системы образования, здравоохранения и пр.) характеристики функционирования социальных институтов отражают сложившиеся на уровне общества в целом представления о «правильном» (нормативном) осуществлении обществом этих основных функций. Такие представления имеют некое рациональное (идеология) или иррациональное (религия) обоснование, но также и чувственно переживаемый аспект (общественная психология). Сама положенная в основу общественных представлений о «правильном» функционировании социальных институтов система норм может быть кодифицированной (право) или нет (мораль). Вся совокупность подобных общественных представлений составляет общественное сознание. Оно имеет свою собственную динамику, определяемую объективными тенденциями в функционировании структурных элементов общества, и проявляющуюся в политических процессах. Понятие общества связано с государством как исторически сложившимся видом максимально широкой территориально-географической общности. Однако в истории неоднократно происходили события, приводившие к универсализации структурных элементов географически близких обществ и протекающих в них социальных процессов, т.е. к формированию общностей, выходящих за пределы границ отдельных государств.

В конце XX в., благодаря развитию транспорта и массовых коммуникаций, эти процессы универсализации приобрели исторически уникальный масштаб и получили название глобализации. Конечной идеальной целью (миссией) всех социально-структурных элементов общества и происходящих в нем процессов является благополучие популяции. Под благополучием здесь понимается наличие максимально благоприятных при имеющемся технологическом и экономическом уровне развития общества предпосылок жизнедеятельности, способствующих достижению и поддержанию оптимальной для данной территории численности популяции. Наличие подобных предпосылок выражается в максимально возможном на данном историческом этапе развития общества удовлетворении в конечном счете биологических потребностей людей. Отсюда благополучие популяции обусловлено эффективным функционированием всех сторон общества. В этом – суть социальной обусловленности здоровья. Поэтому и оценивать эффективность функционирования общества можно по показателям биологического состояния популяции. Таким образом, «здоровое общество» - это эффективное, согласно конечным критериям оценки его жизнедеятельности, общество.

Первая половина XIX в. в странах Западной Европы характеризовалась массовыми перемещениями людей, как в результате войн, так и вследствие начавшихся процессов урбанизации, т.е. увеличения численности населения городов при снижении относительной численности сельского населения. Эти процессы привели к интенсификации контактов в человеческой популяции, что создавало особо благоприятные условия для возникновения эпидемий. Поэтому впервые задачи в сфере общественного здоровья стали решаться в крупных городах путем санитарного благоустройства и реализации противоэпидемических мероприятий. В крупных городах Германии первой половины XIX в. выполнение этих задач стало функцией «медицинской полиции», на которую возлагался также контроль за проституцией и судебно-медицинская экспертиза. По мере успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями внимание специалистов в этой области стали привлекать другие факторы, влияющие на здоровье населения, - генетический фон, питание, алкоголизация и пр. Сформировавшаяся на этих основаниях наука получила название социальной (общественной) гигиены, и именно в таком объеме получила развитие в России на рубеже XIX и XX вв. Первая в России кафедра социальной гигиены была открыта в петербургском Психоневрологическом институте в 1914 г. З.Г. Френкелем.

Немецкая социально-гигиеническая традиция уже в 30-х годах XX в. оказалась полностью дискредитированной евгеникой – учением об «облагораживании» человеческой популяции путем элиминирования(устранения) носителей «генов болезней». В России социально-гигиенические исследования алкоголизма, наркоманий, психических заболеваний, преступности были выполнены преимущественно психиатрами, а проституции – дермато-венерологами. Особенный размах подобные исследования приобрели в первое десятилетие Советского периода. Однако к 30 – у году исследования социальной патологии были прекращены, занимавшиеся ими научные центры закрыты, а сами исследователи впоследствии репрессированы. Этот запрет на социально-гигиенические исследования был снят, как и запрет на «конкретно-социологические» исследования, в 1960 – м году. Однако социальная гигиена позднего Советского периода стала тотально идеологизированной наукой, а проводимые в ее рамках эмпирические исследования были полностью атсоретичными, подчиненными по своим задачам нуждам практического здравоохранения. Развитие науки о здоровье общества в англоязычных странах сразу же приобрело несколько иное направление. Уже первые социально-статистические исследования в США, посвященные влиянию безработицы на психиатрическую заболеваемость, и выполненные в первое десятилетие XXв., продемонстрировали акцент не только на феноменологическое описание негативных социальных явлений, сколько на выявление социальных процессов, их обуславливающих. Отсюда исследования общественного здоровья с самого начала оказались ориентированными на теоретические модели социальных наук. Основоположником этого направления считается британский исследователь Т. Сигерист, опубликовавший в 1923 г. первое руководство по «медицинской социологии». В своем развитии медицинская социология испытала сильное влияние психоанализа, в рамках которого возникло понятие о «болезнях цивилизации». Первоначально под ними подразумевались неврозы, а затем –и все т.н. психосоматические заболевания, как они представлялись с позиций учения о «неврозах органов». Вторым существенным компонентом медицинской социологии стало представление о социальном стрессе, возникшее на основе концепции общего адаптационного синдрома Г. Селье. Возникновение концепции Селье пришлось на период резкого изменения паттерна заболеваемости в технологически развитых странах мира во II половине XX в. На смену инфекционным заболеваниям пришли неинфекционные заболевания, для которых нельзя было установить какой-то одной специфической причины. Эти заболевания характеризуются хроническим течением, необходимостью длительного поддерживающего лечения и ограничительного образа жизни.

#### **Социальная структура и здоровье.**

Модель социального стресса, истоки которой находятся в социально-экономическом учении марксизма, основываются на предположении, что на низших ступенях классовой иерархии общества складываются более стрессогенные условия существования. Это опасные и вредные условия труда, неблагоприятная экономическая обстановка в метах проживания, худшее жилье и питание, недостаток средств на соблюдение гигиенических требований, и, наконец, низкая доступность медицинской помощи.

Модель социальной селекции постулирует, что место индивида в классово-иерархической структуре общества детерминировано его психобиологическими особенностями, дающими ему преимущества в конкурентной борьбе за власть и ресурсы перед другими индивидами. При переходе высокого социального статуса «по наследству» индивид, не обладающий конкурентными преимуществами, теряет статус, «дрейфуя» в более низкий социальный класс

#### **8. Гендер и здоровье.**

На здоровье как уникальное для каждой личности состояние влияет множество факторов. Тем не менее существуют определенные тенденции для различных групп населения. Сравнительно недавно различия в здоровье между женщинами и мужчинами объясняли в

основном биологическими факторами. Когда была осознана потребность в изменении подхода к проблемам пола, стало ясно, что их следует реинтерпретировать в более широком контексте - контексте гендера. Это значит: исследователи, предполагавшие ранее, что поведение и установки детерминированы биологическим полом (мужским или женским), начали понимать, что **социальные и ситуационные условия оказывают на индивида большее влияние, нежели биологические признаки пола**. Последнее десятилетие Всемирная организация здравоохранения развивает и рекомендует использовать именно гендерный подход к здоровью. Поэтому многие современные врачи и психологи используют в своей работе принципы гендерного подхода при решении проблем, связанных со здоровьем и мужчин и женщин. Для того чтобы осуществлять лечебные и профилактические программы, необходимо учитывать множество факторов, влияющих на здоровье. К наиболее значимым из них относят дискриминацию по признаку пола, которая прямо или косвенно влияет на оценку, диагностику, развитие, лечение и профилактику заболеваний. Гендерный подход к здоровью позволяет разрабатывать и внедрять конструктивные программы по изменению социальных факторов, следствие которых - возникновение заболевания. **Социализационная гипотеза** предполагает, что выявляемые различия в состоянии здоровья между полами обусловлены различием реакций на переживаемый стресс и вызванную им симптоматику в зависимости от неформальных (резидуальных) норм, регулирующих полоролевое поведение и усвоенных в процессе социализации. Для женщин при переживании стресса нормативно приемлемо осознавать свое состояние как заболевание и обращаться за медицинской помощью. Для мужчин же проявлять симптомы и обращаться за медицинской помощью нормативно неприемлемо; «мужской» паттерн реакции на стресс диктует алкоголизацию и антинормативное поведение. Поэтому феминный дезадапционный паттерн чаще фиксируют врачи, а маскулинный — полицейские. Этим же объясняется более высокая смертность мужчин по криминальным причинам и по причинам, связанным с алкоголизацией.

**Биологическая гипотеза** связывает особенности состояния здоровья женщин с биологической спецификой строения и функционирования женского организма, обусловленной функцией деторождения. Эта гипотеза хорошо объясняет симптомы так называемого синдрома предменструального напряжения у женщин, а также заболевания инволюционного периода.

**Гипотеза «ролевой перегрузки»** Предполагается, что если мужчина в современном обществе выполняет две основные социальные роли — «работника» («кормильца семьи») и «отца семейства», то женщина — три: «работницы», «матери семейства» и «воспитательницы детей». Подобная «ролевая перегрузка» является, согласно «инженерной модели» стресса, постоянным источником последнего в выполнении женщиной ее основных социальных ролей

## **9. Социальные изменения и здоровье общества.**

**Социальные изменения** - фундаментальный социальный процесс, обуславливающий резкие изменения в общественном здоровье. Хотя социальные изменения реализуются в структурных элементах общества, в основе изменений лежат культурные трансформации духовной жизни общества. Социальные изменения - объективный процесс. Воздействие социальных изменений на здоровье любого общества универсально повреждающее. Примеры многих обществ, наглядно демонстрируют повреждающие эффекты вестернизации на общественное здоровье. Это:

- уменьшение численности населения в результате снижения среднего возраста дожития (смертности), снижения рождаемости и роста межгосударственной миграции;
- рост общей и нервно-психической заболеваемости, изменение ее структуры в сторону преобладания заболеваний с более тяжелым течением и исходами, прежде всего - психосоматических заболеваний;



- рост инфекционной заболеваемости, обусловленный распадом системы контроля над инфекционными болезнями и внутригосударственной миграцией;
- рост профессиональной заболеваемости и индустриального травматизма из-за снижения внимания к охране труда и технике безопасности вследствие необходимости уменьшения производственных затрат и согласия людей работать во вредных и опасных условиях;
- рост всех видов социальных девиаций: преступности, алкоголизации, наркотизма, проституции, самоубийств - и заболеваемости и смертности по связанным с ними причинам.

Факторы, действующие на здоровье населения в условиях социокультурной трансформации общества, вызывают у больших масс населения состояние, получившее название **стресса социальных изменений**. В нем можно выделить морально-психологическую и экономическую составляющие.

*Наиболее ярко социальные изменения проявляются в территориальных общностях, поскольку они выступают основным видом социальных общностей, где реализуются изменения.* Глубокие трансформации претерпевают социальные организации; даже сравнительно небольшие социокультурные изменения требуют крайне выраженных изменений в организациях. Несмотря на столь тяжелые популяционные эффекты социальных изменений, исторический анализ показывает удивительно быстрое восстановление численности и здоровья популяции после реализации необходимых для общества изменений.

**10. Психология здоровья** – это наука о психических причинах здоровья, методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Психология здоровья является синтезом 2-х наук – валеологии (наука об индивидуальном здоровье человека) и гигиены.

**Направление исследований:**

- 1) Выявление роли психолог фактора в укреплении здоровья человека.
- 2) Формирование внутренней картины здоровья. Отношение человека к своему здоровью.
- 3) Поиск оптимальных методов психолог воздействия, направленное на развитие здоровья личности.
- 4) Создание системы обучения здоровью.

Основная **цель ПЗ** – всестороннее совершенствования человека.

**Объект ПЗ** – здоровая личность.

**Задачи ПЗ:**

- 1) Повышение уровня психологической культуры степени совершенствования.
- 2) Повышение уровня культуры общения.
- 3) Определение путей и условий для самореализации, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

**11. Основные проблемы, рассматриваемые психологией здоровья. Связь с другими науками.**

**Основные проблемы ПЗ:**

- 1) Убыстрение ритма жизни (болезни спешки).
- 2) Проблема жизни в условиях неопределенности. Типы людей в условиях неопределенности (интроверты, экстраверты).
- 3) Большой поток инф (синдром «инф изнурения»)
- 4) Снижение уровня соц поддержки
- 5) Актуализация всех грехов чел-ка
- 6) Вестернизация – усвоение общественных ценностей и представлений, моделей поведения присущих западному обществу.

**Связь с другими науками:** валеология, гигиена, общая психология, психология личности, психология труда, психология девиантного поведения, эпидемиология, мед психология, мед антропология, психология физиологии, дефектология, психология социального поведения и т.д.

## 12. Основные модели здоровья.

1) **Биологическая.** Здоровье – это отсутствие болезни и нормальное функционирование организма.

2) **Медицинская.** Здоровье (предложено ООН) – это состояние полного физического, соц благополучия, а не только отсутствие болезни.

3) **Биомедицинская.** Здоровье – это состояние организма, когда функционирование всех органов и систем уравновешено с внешней средой.

4) **Ценностно-социальная.** Здоровье – это ценность для чел-ка, необходимая для удовлетворения потребностей.

5) **Биосоциальная.** Здоровье – это гармоничное единство социальных и биологических качеств человека.

## 13. Характеристика основных факторов здоровья.

Определенным фактором который влияет на здоровье – это образ жизни. Включает в себя 4 категории: экологическая, социологическая (качество), социально-экономическая, социально-психологическая (стиль жизни чел-ка)

### Факторы:

- 1) *Образ жизни.* Вредные привычки, неправильное питание, гиподинамия и гипердинамия, стрессовые ситуации, недостаточная мед активность, сексуальное поведение.
- 2) *Внешняя среда 20 %.* а) макросреда (природно-климатические); б) микросреда (вредные условия труда и обучения, плохие материально-бытовые условия).
- 3) *Биологический фактор 20 %.* Наследственность, предрасположенность к заболеваниям, возрастные, половые, конституциональные особенности ведущие к развитию заболевания.
- 4) *Организация медико-психологической помощи 8-10%* (некачественная помощь).

## 14. Характеристика психологических факторов здоровья (независимые, передающие, мотиваторы).

1) **Независимые.** Самая сильная корреляция со здоровьем и болезнью. Включает личностные характеристики, поведенческие особенности, когнитивные, демографические, социальные ресурсы человека. К ним относят:

- **Предрасполагающие факторы:** а) поведенческие (тип а, тип в, тип с); б) поддерживающие диспозиции (индивидуальная возможность реагировать на трудности); в) эмоциональные паттерны (трудность в эмоциональном выражении)
- **Когнитивные факторы** (представление о норме и болезни). Базовое понятие – это здоровье, здоровый образ жизни, здоровое поведение. Представления о здоровье отражены в различных подходах: а) медицинский; б) математический; в) психоаналитическое и гуманистическое направление (норма – полная самореализация); г) оптимальное и недостаточное здоровье.
- **Факторы социальной среды** – социальная поддержка.
- **Демографические факторы** (демографические перемены): а) пол; б) возраст; в) этнические группы и классы.

Выводы: независимые факторы различным образом влияют на личность (на здоровье и болезнь). Личность может быть больной из-за своего нездорового поведения, личностные факторы могут прямо формировать болезнь через физиологические механизмы,

биологические факторы болезни могут быть связаны с личностью, и средовые влияния могут быть задействованы между здоровьем и болезнью.

2) **Передающие.** 4 позиции:

- Совладение
- Употребление и злоупотребление веществами
- Виды поведения, способствующие здоровью (физическая активность)
- Соблюдение правил по поддержанию здоровья.

3) **Мотиваторы** – стрессоры и существование болезни.

### **15. Психологическая устойчивость личности. Психологическая устойчивость как сопротивляемость.**

Понятие – психологическая устойчивость можно рассматривать как стабильный, твердый, прочный, крепкий. Психологическая устойчивость рассматривается как качество личности, синтез отдельных качеств и способностей. К составляющим психологической устойчивости относят: - способность к личностному росту, - относительная стабильность эмоций и настроения человека, - волевая регуляция человека. Психологическая устойчивость – это качество личности, отдельными аспектами которого является уравновешенность, стабильность и сопротивляемость.

**Психическая устойчивость как сопротивляемость.** Достижения жизненных целей обычно связано с преодолением трудностей. Что большие (социально значимых) цели ставит личность, то с большим количеством трудностей она сталкивается. В этом есть и положительный аспект: преодоление сопровождается интенсивными переживаниями самореализации. На пути преодоления всегда случаются ошибки и неудачи, разочарования и обиды, сопротивление других людей, интересы которых затрагивает или ограничивает субъект в связи со своей активностью. Чем меньше в личности ресурсов сохранения и восстановления душевного равновесия, оздоровления, поддержания устойчивости, то более ограниченным возможности достижения жизненных целей.

### **16. Управление стрессами. Копинг-стратегии.**

Г.Селье впервые рассмотрел стресс. Описаны индивидуальные различия человека по отношению к стрессу. 6 диспозиционных типов: 1. Честолюбивый тип (люди с сильной потребностью достижения успеха). Симптомы: боли в области сердца, усиленное кровяное давление. 2. Спокойный тип (ориентированные на прошлое мечтательные люди). Причины стресса: повышенная требовательность к профессиональной деятельности. 3. Совестьливый тип (дотошные, педантичные люди). Причины: нарушение стереотипов поведения. Уязвимы к стрессу. Снизить стресс помогает помощь другим людям. 4. Неотстаивающий тип. Причины: напряжение на почве межличностных отношений. Уход в болезнь. 5. Жизнелюбивый тип – энергичные, импульсивные, рискованные. Скучная работа вгоняет в стресс. 6. Тревожный тип – испытывают беспокойства по поводу различных неудач.

Причины: различные профессиональные дела, ответственная работа. Крайняя мера: суицидальное поведение. 3 основных стратегии преодоления стресса: -1) использование копинг- стратегий. 2) личностный рост. 3) управление изменениями. Все копинг-стратегии делятся на 2 группы: \*эмоционально-сфокусированный копинг – направленный на регулирование отрицательных эмоций. \*проблемно-сфокусированный копинг – устранение проблем.

### **17. Акцентуации личности и психология здоровья.**

**Характер** – это совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, складывающаяся и проявляющаяся в деятельности, общении и обуславливающая типичные для нее способы поведения. Чрезмерное усиление отдельных черт, выражающееся в избирательной уязвимости личности, называется акцентуацией. **Акцентуация личности** связана в основном с особенностями темперамента, оформляется в подростковом возрасте,

затем постепенно сглаживается, проявляясь только в острых психотравмирующих ситуациях.

**Выделяют следующие типы акцентуированных характеров:**

- а) *циклоидный* – склонный к резкой смене настроения в зависимости от внешних влияний;
- б) *астенический* – быстро утомляющийся, тревожный, нерешительный, раздражительный, склонный к депрессии;
- в) *сенситивный* – очень чувствительный, робкий, застенчивый;
- г) *шизоидный* – эмоционально холодный, отгороженный, малоcontactный;
- д) *застревающий* (паранойяльный) – повышенно раздражительный, подозрительный, обидчивый, честолюбивый, с высокой стойкостью отрицательных аффектов;
- е) *эпилептоидный* – характерны слабая управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость, конфликтность, вязкость мышления, педантичность;
- ж) *демонстративный (истероидный)* – характеризуется склонностью к детским формам поведения, что выражается в тенденции к вытеснению неприятных фактов и событий, лживости, фантазировании и притворстве, авантюристичности, тщеславии, отсутствии угрызений совести, "бегстве в болезнь" при неудовлетворении потребности в признании;
- з) *гипертимный* – с постоянно приподнятым настроением и жаждой деятельности, но не доводящий дело до конца, разбрасывающийся, болтливый;
- и) *дистимный* – чрезмерно серьезный и ответственный, сосредоточен на мрачных мыслях, недостаточно активен, склонен к депрессии;
- к) *неустойчивый* – чрезмерно поддающийся влиянию окружающей среды, компании.

Вышеуказанные черты характера могут проявляться не только в острых психотравмирующих ситуациях, а постоянно, что препятствует адаптации к социальной среде. В этих случаях речь идет о патологии характера, т.е. о психопатиях. Названия психопатий в основном такие же, как и акцентуаций. Психопатии относятся к пограничным состояниям. Конституционально обусловленные дисгармонии личности, влияющие на формирование многообразных психологических проблем и психических нарушений, в настоящее время особенно актуальны как для пограничной психиатрии, так и для клинической психологии. Вместе с тем эта проблема представляется недостаточно разработанной. Считается, что понятие «акцентуированная личность» было впервые введено в научный лексикон немецким психиатром К. Леонгардом в 1964 г. Автор отталкивался от представлений П. Ганнушкина (1931) о латентных, или компенсированных, психопатиях. Здесь прослеживается несомненная преемственность между нозоцентризмом в оценке поведения здорового человека (латентные психопатии) и попыткой трансформировать психиатрические категории в психологические (акцентуации личности, характера, темперамента и др.). Основоположником этого весьма продуктивного подхода был Э. Кречмер, выдвинувший в 1921 г. предположение о наличии двух типов здоровых людей - шизотимиков и циклотимиков, которые по своему поведению напоминают психопатов - шизоидов и циклоидов. Учитывая, что Э. Кречмер подразделял как шизоидов, так и циклоидов на 6-7 разновидностей, его следует считать предшественником концепции акцентуированных личностей, получившей развитие во второй половине XX в.

К. Леонгард дал развернутые описания 4 типов акцентуаций характера (демонстративный, педантический, застревающий, возбудимый) и 6 типов акцентуаций темперамента (гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный, эмотивный). На основе этих описаний Шмишек в 1970 г. разработал личностный опросник, предназначенный для диагностики 10 акцентуаций у взрослых людей. Попытку творческого развития концепции К. Леонгарда предпринял отечественный психиатр А. Личко, выделивший 11 типов акцентуаций характера у подростков и предложивший их оригинальные психологические описания - glavsovet.ru. Эти описания были проанализированы автором на основе теории отношений В. Мясищева, в результате чего появился новый тест для оценки акцентуаций - патохарактерологический диагностический опросник (ПДО). Следует заметить, что сходство между концепциями А.

Личко и К. Леонгарда чисто внешнее, например, epileptoидный тип первого автора напоминает возбудимый второго, истероидный сходен с демонстративным и т.д. Однако анализ психологических характеристик в обеих схемах приводит к выводу об их глубоком различии и несопоставимости. Таким образом, **проблема акцентуированных личностей, как в теоретическом, так и в методическом плане остается в значительной мере открытой.**

Согласно одному из последних развернутых определений, акцентуация - это дисгармоничность развития характера, гипертрофированная выраженность отдельных его черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет ее адаптацию в некоторых специфических ситуациях. Причем это может сочетаться с хорошими или даже повышенными способностями к социальной адаптации в других ситуациях, не референтных данной акцентуации. При этом особенно следует подчеркнуть, что акцентуации никоим образом не связаны с одноименными психическими болезнями (шизофренией, паранойей и т.д.).

Если принять понимание акцентуаций как особенностей характера, следует отнести их, согласно традиции отечественной психологии, к трансформируемым качествам личности, формируемым исключительно внешними социальными воздействиями. Представляется, что такое одностороннее понимание уводит от сути проблемы и игнорирует давно подмеченную связь между психопатиями и акцентуациями. По всей видимости, оба этих понятия целесообразно рассматривать как различную степень личностных изменений: в первом случае тотальных и интегральных, во втором - частных, парциальных, затрагивающих те или иные подструктуры личности. Разумеется, мы при этом не исключаем возможность формирования временных акцентуированных черт, что в свое время было убедительно показано А. Личко и затем подтверждено рядом других авторов.

*Целесообразно кратко рассмотреть методические аспекты диагностики акцентуаций с тем, чтобы формулировать теоретические предположения, основываясь на экспериментальных примерах.* Обследование группы здоровых студентов первого курса педагогического вуза с помощью опросника Шмишека показало, что 83,3 % из них проявляют признаки циклотимической акцентуации, 75 % - эмотивной, 69,4 % - гипертимной и экзальтированной. Возникает вопрос: *не отражают ли столь высокие цифры высокий уровень эмоциональной активации у практически здоровых и гармоничных юношей и девушек?*

Сопоставление этих результатов с аналогичными данными курсантов первых курсов военного вуза технического профиля выявило существенные различия между ними. У курсантов наиболее выражена психастеническая акцентуация, что можно расценивать как адаптивную реакцию, связанную с жестким регламентом военной службы. К третьему курсу психастенический компонент отходит на второй план, а его место занимает гипертимная акцентуация. По данным различных авторов, от 18 до 88,6 % студентов отечественных вузов имеют акцентуации. Столь большой разброс данных указывает на несовершенство как методов, так и критериев диагностики. Известно, что А. Личко при повторном обследовании подростков в юношеском возрасте находил признаки акцентуаций лишь у 10% испытуемых. **Шизоидная акцентуация** проявляется аутическими тенденциями, уходом от реальности в мистику, оккультизм, эзотерические религии и т.д. Поведение человека характеризуется как странное, необычное, чудаковатое. Его умственная продукция отличается оригинальностью, нестандартными и неочевидными обобщениями и аналогиями. Его умозаключения и выводы представляются окружающим неожиданными, парадоксальными, что позволяет говорить об их некоторой «заумности». Со стороны аффективной сферы могут иметь место недостаток эмпатии, проявления сухости, черствости, безучастия, ошибочные оценки эмоциональных реакций у окружающих. Это нередко сочетается с повышенной чувствительностью и даже ранимостью. Для сохранения психического здоровья носителям шизоидного радикала предпочтителен узкий и стабильный круг общения, необходима возможность длительного

и спокойного одиночества. Психологические проблемы и стрессовые ситуации возникают в случаях неожиданных и бесцеремонных вторжений в их тщательно оберегаемый внутренний мир, «силового» принуждения к общению (особенно в широком круге), занятиям общественной деятельностью, а также в случае насмешек над их необычными увлечениями.

Подобные попытки «раскрытия» и «приземления» шизоида ведут лишь к большей его отчужденности, уходу в себя, защитным реакциям высокомерия и даже проявлениям презрения к окружающим людям. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков социальной перцепции, сосредоточение внимания на эмоциях окружающих, активный поиск подходящих партнеров общения. Интенсивная психотравма может повлечь шизоидные (в том числе шизотипические) психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (когнитивных, бихевиоральных, психоаналитических и др.).

**Паранойяльная акцентуация** отличается избыточной фокусировкой и ригидностью мышления, что способствует формированию сверхценных образований (отношений, установок, идей и др.). Это проявляется в так называемом безальтернативном, «черно-белом» мышлении и некотором фанатизме. Его оборотная сторона - недоверчивость, подозрительность, злопамятность, связанные с общей недооценкой других людей. Возможны сутяжные тенденции, уход в борьбу, сверхценные фиксации на травмирующих объектах с идеями мести. Таким образом, ригидность мышления приводит к ригидности аффектов. Очевидно, что это может стать источником серьезных психологических проблем. Стрессовые реакции при наличии паранойяльного радикала возникают чаще всего во фрустрирующих ситуациях, требующих быстрой смены психического стереотипа и ускоренной адаптации к новой ситуации.

Психологическая помощь в таких случаях должна быть направлена на формирование безобвинительных объективных отношений к окружающему, многомерных и «многоцветных» оценок различных явлений, активизацию рефлексии, детализацию и уточнение самооценки, усиление доверия к людям. Интенсивная психотравма может повлечь паранойяльные и параноидные психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (когнитивных, суггестивных и др.).

**Психастенический акцентуированный радикал** связан с ритуализацией жизни, введением ее в искусственные рамки, педантизмом, перфекционизмом, в основе которых лежит недостаточность иницирующих волевых механизмов. Это влечет также нерешительность, избыточную рефлексивность, склонность к затяжным колебаниям и сомнениям, откладыванию исполнения и необоснованной отмене принятых решений - glavsovet.ru. Факторы угрозы обычно переоцениваются, что проявляется в сверхосторожности и сверхпредусмотрительности. Недоверие к себе влечет многочисленные проверки и перепроверки результатов совершенных действий. Основными психологическими проблемами обычно являются избыток ответственности, перегруженность заботами, недостаточное противодействие психологическому давлению и манипулированию. Стрессовые ситуации возникают в результате сочетания внешнего давления и избытка ответственности, появления неожиданной и внезапной, ранее незнакомой угрозы, а также при необходимости самостоятельно действовать в «свободном поле», импульсивно принимать и исполнять решения.

Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков спонтанного поведения, быстрых переключений разнородных видов деятельности, тренировку волевых качеств, умения заблаговременно принимать окончательные решения и противостоять внешнему психологическому давлению. Интенсивная психотравма может повлечь обсессивно-компульсивные невротические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (бихевиоральных, суггестивных и др.).

**Эксплозивный акцентуированный радикал** проявляется прежде всего в агрессивном стиле преодоления препятствий и общения с окружающими. Волевой напор и сниженный

самоконтроль способствуют быстрому переходу вербальной агрессии в физическую. Для таких лиц характерен поиск разрядки напряжения в экстремальных видах спорта и профессиональной деятельности. Отношения с другими людьми строятся по конкурентной схеме, а сотрудничество дается им с трудом. Они, как правило, напряженно-энергичны, обидчивы и жестоки, а также проявляют упрямство и негативизм. Для них характерны быстрота и безапелляционность в принятии решений, незамедлительное приведение их в исполнение, вплоть до безрассудной смелости. Отсутствует чувство раскаяния в случае ошибки, в связи с чем они легко выходят за рамки социальных норм. Они также часто испытывают чувства зависти и ревности. Стрессовые ситуации возникают в случаях непреодолимых препятствий в достижении целей. Психологические проблемы связаны с необходимостью ликвидации отдаленных последствий агрессивных действий и враждебных поступков.

Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков перемещения, переключения агрессивных импульсов, тренировку тормозных волевых качеств сдержанности и терпеливости, умения своевременно снимать избыточное напряжение. Интенсивная психотравма может повлечь эксплозивные, эпилептоидные, садистические психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (бихевиоральных, суггестивных и др.).

**Депрессивный акцентуированный радикал** проявляется в сниженном фоне настроения, малой выраженности положительных эмоций. Такие люди выглядят серьезными, мрачными, малоразговорчивыми и труднодоступными. Это связано со слабым стремлением к установлению социальных контактов. В ходе общения обнаруживается полная сохранность коммуникативного потенциала. Повышенное чувство вины, тенденция преувеличивать значимость собственных ошибок влечет самонаказывающее, саморазрушающее и суицидальное поведение, Ангедонизм сочетается у них с повышенным альтруизмом, готовностью любой ценой оказать помощь другим людям. Стрессовые ситуации возникают в случаях вынужденной интенсивной социальной активности, сопряженной с переживаниями (праздники, торжества, многолюдные встречи, шоу, вечеринки и т.д.), а также различных неудач и потерь. Психологические проблемы связаны с затруднениями участия в игровой, спонтанной деятельности и общении.

Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков эмоциональной саморегуляции и разгрузки, активного обращения к людям, усиление экспрессивности, общее растормаживание. Интенсивная психотравма может повлечь депрессивные, самоуничтожительные, мазохистические невротические и психопатические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (гуманистических, экзистенциальных, психоаналитических и др.).

**Гипертимная акцентуация** проявляется в систематически приподнятом настроении, говорливости, импульсивности, возбудимости. Повышенная психическая и двигательная активность носит, как правило, ситуативный, поверхностный, неустойчивый и малопродуктивный характер. Такие люди отзывчивы, легко дают обещания, но столь же легкомысленно относятся к их выполнению. Склонны к гедонизму, поиску развлечений, рекреативная установка (на игру и отдых) преобладает над деловой. Возможны эпизоды аддикции, импульсивные отклонения поведения. Стрессовые ситуации возникают при необходимости подчиняться и регламентировать свою деятельность. Это расценивается акцентуантами как ограничение свободы, ущемление прав и т.д. В таких случаях возможны бурные протесты, пререкания, открытое неподчинение. При этом из конфликтных и фрустрирующих ситуаций выходят без особого труда. Психологические проблемы связаны с неспособностью доводить важные дела до конца, неудовлетворенностью своим социальным статусом, несерьезным отношением окружающих.

Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков последовательного и упорядоченного поведения, тренировку концентрации внимания и тормозных волевых качеств, умения осмысливать свою жизнь, устанавливать

долговременные доверительные отношения, стабилизировать самооценку. Интенсивная психотравма может повлечь гипоманиакальные невротические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (гуманистических, экзистенциальных, когнитивных и др., а также различных форм групповой психотерапии). **Астенический акцентуированный радикал** характеризуется пониженной переносимостью психических и физических нагрузок, общей утомляемостью. Такие лица отличаются высокой чувствительностью к сенсорным стимулам различной модальности (световым, звуковым, обонятельным, вестибулярным и др.), а также эмоциональной впечатлительностью, застенчивостью, нетерпеливостью, низкой выносливостью. У них наблюдается склонность к недомоганиям, спонтанным ухудшениям физического самочувствия, что может повлечь ипохондрическую фикцию, различные виды самолечения и самооздоровления. Стрессовые ситуации возникают на почве тягот и лишений повседневной жизни: интенсивная физическая работа, вредные экологические факторы, длительное ожидание, конфликты приводят к психическим срывам. Психологические проблемы астеников связаны с нехваткой сил и резервов для реализации собственных потребностей.

Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков четкой регламентации образа жизни и деятельности, самодиагностики всех форм утомления и своевременной релаксации, устойчивости к критике, повышение уверенности в себе и способности к разумному риску, преодоление чувства неполноценности. Интенсивная психотравма может повлечь астенические и астено-ипохондрические невротические реакции, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (бихевиоральных, суггестивных и др.).

Для **истероидной формы акцентуации** характерны преувеличенная эмоциональная экспрессия, стремление производить впечатление, привлекать и находиться в центре внимания окружающих. Это достигается демонстративным, театральным, аффектированным поведением, исполнением социальной роли значительной, оригинальной, иногда загадочной личности - [glavsovet.ru](http://glavsovet.ru). Люди с этой формой акцентуации склонны к преувеличению своих заслуг, приукрашиванию реальности, а зачастую и к прямой лжи. Наблюдается диссоциация между внешне демонстрируемыми и истинными чувствами. Деятельность ориентирована главным образом на внешний эффект, а не на конечный результат. Отсюда возникает поверхностное понимание проблем и небрежное исполнение поставленных задач. Стрессовые ситуации возникают в случаях психологических ударов, давления и конфликтов. В таких случаях характерны разнообразные формы инфантильно-регрессивного поведения, донологические конверсионные проявления и демонстративно-ипохондрические реакции. Жизненные перемены в целом переносят хорошо. Психологические проблемы недостаточно осознаются. Они, как правило, связаны с завышенными притязаниями и эгоизмом.

Психологическая помощь должна быть направлена на формирование навыков асертивного (прямого и открытого) поведения, усиление рефлексии и самокритики, наверстывание темпа психического развития и созревания. Интенсивная психотравма может повлечь невротические и психопатические истерические реакции и даже психозы, что требует соответствующих психотерапевтических вмешательств (психодинамических, бихевиоральных, суггестивных и др., а также групповой гештальт-терапии).