

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА

Учебное пособие

Допущено Минобрнауки Российской Федерации в качестве учебного пособия для студентов высших заведений, обучающихся по направлению подготовки специалистов специальностям 030302 – Клиническая психология, 030301 – Психология, 031000 – Педагогика и психология

Ставрополь

2007

УДК 159.923 (075.8)
ББК 88.4 я 73
А 95

Психология стресса: Учебное пособие. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2007 – .

Пособие составлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего образования Российской Федерации по специальностям «Психология», «Клиническая психология», «Педагогика и психология». Предназначено для студентов высших учебных заведений очной, заочной форм обучения и экстерната и слушателей, получающих дополнительную специализацию «Психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия»

Авторы-составители:

д-р психол. наук, профессор **О. А. Ахвердова**
канд. психол. наук, доцент кафедры клинической психологии
Ставропольского государственного университета **Э. М. Козлова**

Рецензенты:

д-р мед. наук, профессор, директор Клиники пограничных состояний
СГМА **И. В. Боев**,
д-р биол. наук, старший научный сотрудник Института физиологии им. И. П.
Павлова Российской академии наук **В. В. Лавров**

© Издательство Ставропольского
государственного университета, 2007

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данное пособие предназначено для студентов высших учебных заведений, изучающих психологию и ориентированных на практический аспект работы психологов, клинических психологов, имеющих непосредственный контакт с представителями постстрессовых расстройств, а также для студентов старших курсов и выпускников психологических факультетов, желающих получить дополнительно специализацию «Психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия».

Учебное пособие включает курс лекций и материал для подготовки к лабораторным и практическим занятиям, учебно-методические разработки лабораторных и практических занятий, список основной и дополнительной литературы, карточку самостоятельной работы студента с заданиями, практический инструментарий, включающий психодиагностические методики, направленные на исследование последствий стресса, примерный перечень вопросов для подготовки к экзамену по ДС «Психология стресса» и составлен в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальности 030302 «Клиническая психология», 0303001 «Психология», «Педагогика и психология» РФ 2000 года для очной, заочной форм обучения.

Целью данного курса является формирование у студентов системы понятий о психологических закономерностях стресса, его анализе, причинах его возникновения, влиянии стресса на организм человека, а также изучение способов борьбы со стрессом и методов профилактики стресса. Студенты ознакомятся с изменениями взаимоотношений между людьми, а также особенностями эмоций, восприятия, памяти и мышления между людьми в ситуациях, вызывающих стресс.

Содержание данного учебного пособия определяется требованиями Государственного образовательного стандарта РФ 2000 года.

Курс «Психология стресса» в учебном плане специальности 030302 представлен на стационарной форме обучения следующим образом: лекций –

32 ч, семинаров – 14 часов, СКР – 12 часов, экзамен. Изучается данный курс на 5 году обучения студентов. На отделении заочного обучения: лекций – 12 ч, семинаров – 6 ч, экзамен.

КУРС ЛЕКЦИЙ И ПРАКТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ

Введение

ЧТО ТАКОЕ СТРЕСС. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СТРЕССА

Значения слова «стресс», так же как «успех», «неудача» и «счастье», трактуется по разному*. Поэтому дать его определение очень трудно, хотя оно и вошло в нашу обыденную речь. Не является ли «стресс» просто синонимом «дистресса»? Что это: усилие, утомление, боль, страх, необходимость сосредоточиться, унижение от публичного порицания, потеря крови или даже неожиданный огромный успех, ведущий к ломке всего жизненного уклада? Ответ на этот вопрос – и да, и нет. Вот почему так трудно дать определение стресса. Любая из перечисленных ситуаций может вызвать стресс, но ни одну из них нельзя выделить и сказать – «вот это и есть стресс», потому что этот термин в равной мере относится и ко всем другим...

Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование. Чтобы понять это определение, нужно сначала объяснить, что мы подразумеваем под словом *неспецифический*. Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно, или *специфично*. На морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды кожи сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Если мы съели слишком много сахара и содержание его в крови поднялось выше нормы, мы выделяем часть и сжигаем остальное, так что уровень сахара в крови нормализуется. Мышечное усилие, например, бег вверх по лестнице с максимальной скоростью, предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии для такой необычной работы, поэтому сердцебиения становятся чаще и сильнее, повышенное

* Г.Селье. Стресс без дистресса. – М., 1979. – С. 25–65.

кровеное давление расширяет сосуды и улучшается кровоснабжение мышц.

Каждое лекарство и гормон обладают специфическим действием. Мочегонные увеличивают выделение мочи, гормон адреналин учащает пульс и повышает кровяное давление, одновременно поднимая уровень сахара в крови, а гормон инсулин снижает содержание сахара. Однако независимо от того, какого рода изменения в организме они вызывают, все эти агенты имеют и нечто общее. Они предъявляют требования к перестройке. Это требование неспецифично, оно состоит в адаптации к возникшей трудности, какова бы она ни была.

Другими словами, кроме специфического эффекта все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. *Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, – это и есть сущность стресса.*

С точки зрения стрессовой реакции, *не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись.* Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Мать, которой сообщили о гибели в бою ее единственного сына, испытывает страшное душевное потрясение. Если много лет спустя окажется, что сообщение было ложным и сын неожиданно войдет в комнату целым и невредимым, она почувствует сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий – горе и радость – совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие – неспецифическое требование приспособления к новой ситуации – может быть одинаковым.

Нелегко представить себе, что холод, жара, лекарства, гормоны, печаль и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме. Однако дело обстоит именно так. Количественные биохимические измерения показывают, что некоторые реакции неспецифичны и одинаковы для всех видов воздействий...

Стресс – это не просто нервное напряжение. Этот факт нужно особенно подчеркнуть. Многие неспециалисты и даже отдельные ученые склонны отождествлять биологический стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением. Один из наиболее известных исследователей психологических и психопатологических аспектов биологического стресса, д-р Дж. Мейсон посвятил очерк анализу теории стресса. Он считает общим знаменателем всех стрессоров активацию «физиологического аппарата, ответственного за эмоциональное возбуждение, которое возникает при появлении угрожающих или неприятных факторов в жизненной ситуации, взятой в целом». У человека с его высокоразвитой нервной системой эмоциональные раздражители – практически самый частый стрессор, и, конечно, такие стрессоры присущи пациентам психиатра.

Но стрессовые реакции наблюдаются и у низших животных, вообще не имеющих нервной системы, и даже у растений. Более того, так называемый стресс наркоза – хорошо известное явление в хирургии, и многие исследователи пытались справиться с этим нежелательным осложнением отключения сознания...

Стресс не всегда результат повреждения. Известно, что несущественно, приятен стрессор или неприятен. Его стрессорный эффект зависит только от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Любая нормальная деятельность – игра в шахматы и даже страстное объятие – может вызвать значительный стресс, не причинив никакого вреда. *Вредоносный или неприятный стресс называют «дистресс».*

Слово «стресс» пришло в английский язык из старофранцузского и средневекового английского и вначале произносилось как «дистресс». Первый слог постепенно исчез из-за «смазывания» или «проглатывания», подобно тому, как дети превращают слово «because» в «cause». Теперь слова эти имеют различное значение, несмотря на общность происхождения, так же как в литературном языке мы отличаем «because» (потому что) от «cause»

(причина). Деятельность, связанная со стрессом, может быть приятной или неприятной. Дистресс всегда неприятен...

Оптимальный уровень стресса

Расположение и благодарность, а также их антиподы – ненависть и жажда мести – более всех других чувств ответственны за наличие или отсутствие вредного стресса (дистресса) в человеческих отношениях.

Сильные положительные или отрицательные чувства тесно связаны с *условными рефлексам*и, которые первым начал изучать русский физиолог Иван Петрович Павлов. В отличие от врожденных безусловных реакций, условные рефлекс

ы приобретаются в результате повторных сочетаний и обучения. Люди на опыте постигают необходимость избегать всего, что вызывает отрицательные эмоции или приводит к наказанию, и усваивают те формы поведения, которые приносят поощрение и вознаграждение, то есть вызывают положительные чувства.

В экспериментах много раз было отмечено, что *кратковременный стресс может привести к выгодам и потерям*. Они поддаются точному учету, можно объективно измерить признаки физиологического сопротивления. Когда все тело подвергается кратковременному интенсивному стрессу, результат бывает либо благотворным (при шоковой терапии), либо вредным (как в состоянии шока). Когда стрессу подвергается лишь часть тела, результатом может быть возросшая местная сопротивляемость (адаптация, воспаление) или гибель тканей, в зависимости от обстоятельств.

Существует стереотипная физическая модель ответа на стресс, независимо от его причины. Исход взаимодействия со средой зависит в такой же мере от наших реакций на стрессор, как и от природы этого стрессора. Нужно осуществить разумный выбор: или принять брошенный вызов и оказать сопротивление, или уступить и покориться.

Психический стресс, вызываемый отношениями между людьми, а также их положением в обществе, регулируется удивительно похожим

механизмом. В какой-то момент возникает столкновение интересов – стрессор; затем появляются сбалансированные импульсы – приказы сопротивляться или терпеть. Непроизвольные биохимические реакции организма на стресс управляются теми же законами, которые регулируют произвольное межличностное поведение.

В зависимости от реакций, решение оказать сопротивление может привести к выигрышу или проигрышу, но в наших силах отвечать на раздражитель с учетом обстановки, поскольку мы знаем правила игры. На автоматическом, произвольном уровне выгода достигается с помощью химических ответов (иммунитет, разрушение ядов, заживление ран и т. д.), которые обеспечивают выживание и минимальное для данных условий разрушение тканей. Эти реакции либо спонтанны, либо направляются рукой опытного врача. В межличностных отношениях каждый может и должен быть своим собственным врачом, руководствуясь здоровой естественной философией поведения.

Разным людям требуются для счастья различные степени стресса. Лишь в редких случаях человек склонен к пассивной, чисто растительной жизни. Даже наименее честолюбивые не довольствуются минимальным жизненным уровнем, обеспечивающим лишь пищу, одежду и жилье. Люди нуждаются в чем-то большем. Но человек, беззаветно преданный идеалу и готовый посвятить всю свою жизнь совершенствованию в областях, требующих яркой одаренности и упорства (наука, искусство, философия), встречается так же редко, как и чисто растительный тип. Большинство людей представляют собой нечто среднее между этими двумя крайностями.

Средний гражданин страдал бы от тоски бесцельного существования точно так же, как и от неизбежного утомления, вызванного настойчивым стремлением к совершенству. Иными словами, большинству людей в равной мере не нравится и отсутствие стресса, и избыток его. Поэтому каждый должен тщательно изучить самого себя и найти тот уровень стресса, при котором он чувствует себя наиболее «комфортно», какое бы занятие он ни

избрал. Кто не сумеет изучить себя, будет страдать от дистресса, вызванного отсутствием стоящего дела либо постоянной чрезмерной перегрузкой.

Лауреат Нобелевской премии Альберт Сент-Дьердьи выразил эту мысль очень четко: *«Деятельность человека направляется стремлением к счастью. Счастье – это в значительной мере реализация самого себя, то есть удовлетворение всех духовных и материальных запросов. Удовольствие – это удовлетворение потребности, и не может быть большого наслаждения без большой потребности. Способность создает потребность использовать эту способность».*

Последствие стресса может быть длительным, даже когда стрессор прекратил свое действие. Известно много специфических реакций иммунитета, которые очень долго предохраняют организм после единственного соприкосновения с бактериями или змеиным ядом. Но имеется и неспецифическая сопротивляемость, которая приобретается регулярными умеренными нагрузками на наши органы, например, на мышцы или на мозг. Здесь долговременный выигрыш состоит в том, чтобы держать их «в хорошей форме», а долговременный проигрыш может быть вызван перенапряжением, приводящим к необратимым повреждениям тканей...

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ АДАПТАЦИИ. КОНЦЕПЦИЯ СТРЕССА ГАНСА СЕЛЬЕ

Проблема адаптации человека к критическим факторам среды издавна привлекала людей. Интерес современной науки к этой проблеме возрос в последние десятилетия в связи с ростом так называемых болезней стресса.

Знакомство с анализом причин стресса, с закономерностями его течения, с его последствиями позволит Вам увидеть способы уменьшения неблагоприятных влияний на человека стрессогенных ситуаций, а также способы увеличения благоприятных эффектов этих ситуаций.

Понятие «стресс» используется и в обыденной жизни, и в литературе по

различным, подчас мало взаимосвязанным научным направлениям. Это создает разночтение указанного понятия. В связи с этим рассмотрим интерпретации понятия «стресс», которые прослежены в концепции стресса Ганса Селье. СТРЕСС – неспецифическая реакция организма на любое требование извне (Ганс Селье). Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее, которое нарушает адаптацию, контроль, препятствует самоактуализации (Василюк Ф. Е. Психология переживаний).

Травматический стресс – особая форма общей стрессовой реакции. Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим, т. е. вызывает психологическую тревогу. Далеко не каждое событие способно вызвать травматический стресс. Психологическая травма возможна, если: 1) произошедшее событие осознаваемо, т. е. человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние; 2) пережитое разрушает привычный образ жизни. Травматический стресс – это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Последнее замечание чрезвычайно важно, так как дети, да и взрослые, пережившие травматический стресс, иногда могут казаться ненормальными, или сумасшедшими, хотя на самом деле таковыми не являются.

Концепция стресса Г. Селье. Предпосылки создания и широкого распространения концепции стресса

Концепция стресса оказала большое влияние на различные направления науки о человеке. Родившись в результате серии патофизиологических исследований, концепция выдающегося канадского ученого Ганса Селье была подхвачена многими представителями медицины, психологии, социологии, этнографии и др. Анализ развития концепции стресса и научных достижений, полученных под ее флагом, – дело науковедения и истории науки.

В нашей стране в конце XX века смертность от ишемической болезни сердца увеличилась в 4 раза. Особенно быстрым это увеличение стало в последние десять лет.

Обусловленность многих сердечно-сосудистых болезней неблагоприятным развитием эмоциональных реакций – эмоциональным дистрессом – привлекла внимание ученых и практиков медицины, физиологии, психологии к проблеме стресса, к изучению его физиологических и психологических механизмов, к анализу его перехода в болезнь. Было обнаружено, что к болезням, возникающим в связи с эмоциональным перенапряжением – к «болезням стресса», – следует причислить также некоторые болезни желудка и кишечника, отдельные злокачественные опухоли и невроты, кариез и атрофию десен и т. д.

По свидетельству Национального совета здоровья и благосостояния Швеции, в этой одной из наиболее индустриально развитых стран Европы каждый третий взрослый страдает от недомогания, нарушения сна, усталости, отверженности или тревожности, у каждого третьего четырехлетнего ребенка имеются симптомы эмоционального неблагополучия (чрезмерно агрессивен, бывают ночные кошмары, мочится в кроватку); каждый десятый человек страдает от алкоголизма; две тысячи людей в год кончают с собой и двадцать тысяч совершают попытку самоубийства (при населении 8,3 млн. человек).

Вот как оценивает эти данные Л. Леви, один из известных исследователей эмоционального стресса. «Часто говорят, что статистика не кровоточит. Да, независимо от того, как интерпретируются эти данные, они представляют огромные человеческие страдания и несчастья, часть которых, вероятно, предотвратима».

Таким образом, предпосылкой создания и широкого распространения концепции стресса можно считать возросшую, особенно во второй половине XX столетия, актуальность проблемы защиты человека от неблагоприятных факторов среды. Ширящееся научное изучение стресса можно рассматривать как часть охватившего общественность нашей планеты движения по охране

природы. Человек при этом рассматривается как важнейший элемент биосферы, подлежащий защите.

Концепция стресса явилась платформой давно уже наметившегося отхода от клеточной и органной патологии, провозглашенной в XIX в. Карлом Вирховом. Понимание роли неспецифических адаптационных и болезненных проявлений биологической активности в рамках концепции стресса цементировало разрозненные сведения о процессах адаптации организма, которыми располагала физиология и медицина. Понятен острый интерес к предложенной Гансом Селье концепции реагирования организма на неблагоприятные воздействия, позволяющей рассматривать различные физиологические и психологические проявления адаптации в ее целостности и развитии.

Среди своих предшественников Г. Селье называет Клода Бернара, указавшего, что относительное постоянство внутренней среды живого организма есть важнейшее условие поддержания его жизнеспособности, и Уолтера Кеннопа, разработавшего теорию гомеостаза.

Большое впечатление на Ганса Селье произвели его встречи и беседы в 1935 г. в Ленинграде с Иваном Петровичем Павловым. «Эти беседы вдохновляли меня в течение всей моей жизни. Портрет Павлова висит в холле нашего института рядом с портретами Эйнштейна и моего соотечественника, открывшего инсулин, сэра Фредерика Бантинга, который опекал меня, когда я начал изучать стресс», – вспоминает Г. Селье. Открытие Павловым условных рефлексов, можно полагать, предопределило направленность концепции стресса на понимание способности организма выходить на уровень готовности к экстремальным стрессогенным воздействиям, опережая их. Если на уровне целого организма результаты филогенетического и онтогенетического «обучения» преодолению неблагоприятных факторов реализуются, как известно, в значительной мере при участии центральной нервной системы, то «на клеточном уровне, – пишет Г. Селье, – обучение зависит главным образом от химического обусловливания и сводится к выработке защитных

веществ типа гормонов или антител и модификации их действия с помощью других химических соединений (например, питательных веществ)». О неспецифических болезненных проявлениях защитных реакций организма, ставших основой учения о стрессе, неоднократно говорил И. П. Павлов и его ученики, называя их «стандартными формами нервных дистрофий», подчеркивая тем самым значение нервной регуляции в возникновении этих неспецифических реакций.

Широкому распространению учения о стрессе способствовала системная разработка концепции стресса ее автором; его исключительная продуктивность и целеустремленность, а также его публицистические и литературные способности. Перу Ганса Селье принадлежит более тысячи научных публикаций, в их числе более 20 монографий.

Основные положения концепции Г. Селье и их развитие

Начало концепции стресса положил случайно обнаруженный в эксперименте Гансом Селье в 1936 г. «синдром ответа на повреждение как таковое», получивший название «триада»:

- увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников, уменьшение (сморщивание) вилочковой железы (тимуса) и лимфатических желез, так называемого тимико-лимфатического аппарата,
- точечные кровоизлияния
- кровоточащие язвочки в слизистой оболочке желудка и кишечника.

Г. Селье сопоставил эти реакции с симптомами, характерными почти для любого заболевания, такими как чувство недомогания, разлитые болевые ощущения и чувство ломоты в суставах и мышцах, желудочно-кишечные расстройства с потерей аппетита и уменьшением веса тела. Объединение их в единую систему было правомерно только при наличии единого механизма управления этими реакциями и общего совокупного процесса развития.

Г. Селье предложил различать «поверхностную» и «глубокую» адаптационную энергию. Первая доступна «по первому требованию» и

восполнима за счет второй – «глубокой». Последняя мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Ее истощение необратимо, как считает Г. Селье, и ведет к гибели или к старению и гибели. Предположение о существовании двух мобилизационных уровней адаптации поддерживается многими исследователями. Однако тезис об абсолютной необратимости затрат гипотетической «адаптационной энергии» в настоящее время является скорее символическим, чем экспериментально обоснованным.

При непрекращающемся действии стрессогенного фактора проявления «триады стресса» изменяются по интенсивности. Г. Селье выделяет три стадии этих изменений.

Первая стадия развития стресса – мобилизация как бы по тревоге адаптационных возможностей организма – **«стадия тревоги»**. Автор концепции стресса предположил ограниченность адаптационных возможностей организма. Она проявляется уже в первой стадии стресса. «Ни один организм не может постоянно находиться в состоянии тревоги. Если агент настолько силен, что значительное воздействие его становится несовместимым с жизнью, животное погибает еще в стадии тревоги, в течение первых часов или дней. Если оно выживает, за первоначальной реакцией обязательно следует **«стадия резистентности»**. Это вторая стадия – сбалансированное расходование адаптационных резервов. При этом поддерживается практически не отличающееся от нормы существование организма в условиях повышенного требования к его адаптационным системам. Ввиду того что «адаптационная энергия не беспредельна», рано или поздно, если стрессор продолжает действовать, **наступает третья стадия «стадия истощения»**. «Мы до сих пор не знаем, что именно истощается, но ясно, что только не запасы калорий», на этой стадии, так же как на первой, в организме возникают сигналы о несбалансированности стрессогенных требований среды и ответов организма на эти требования. В отличие от первой стадии, когда эти сигналы ведут к раскрытию кладовых резервов

организма, в третьей стадии эти сигналы – призывы о помощи, которая может прийти только извне – либо в виде поддержки, либо в форме устранения стрессора, изнуряющего организм.

Экстремальные ситуации делят на **кратковременные**, когда актуализируются программы реагирования, которые в человеке всегда «наготове» и на **длительные**, которые требуют адаптационной перестройки функциональных систем человека, иногда субъективно крайне неприятной, а подчас неблагоприятной для его здоровья. При кратковременных сильных экстремальных воздействиях ярко проявляются разные симптомы стресса. Кратковременный стресс – это как бы всестороннее проявление начала длительного стресса. При действии стрессоров, вызывающих длительный стресс (а длительно можно выдержать только сравнительно несильные нагрузки), начало развития стресса бывает стертым, с ограниченным числом заметных проявлений адаптационных процессов. Поэтому кратковременный стресс можно рассматривать как усиленную модель начала длительного стресса. И хотя по своим бросающимся в глаза проявлениям кратковременный и длительный стресс отличаются друг от друга, тем не менее в их основе лежат идентичные механизмы, но работающие в разных режимах (с разной интенсивностью).

Кратковременный стресс – бурное расходование «поверхностных» адаптационных резервов и наряду с этим начало мобилизации «глубоких». Если «поверхностных» резервов недостаточно для ответа на экстремальные требования среды, а темп мобилизации «глубоких» недостаточен для возмещения расходуемых адаптационных резервов, то особь может погибнуть при совершенно неизрасходованных «глубоких» адаптационных резервах.

Длительный стресс – постепенная мобилизация и расходование и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов. Его течение может быть скрытым, т. е. отражаться в изменении показателей адаптации, которые удастся регистрировать только специальными методами. Максимально переносимые длительные стрессоры вызывают выраженную симптоматику

стресса. Адаптация к таким факторам может быть при условии, что организм человека успевает, мобилизуя глубокие адаптационные резервы, «подстраиваться» к уровню длительных экстремальных требований среды. Симптоматика длительного стресса напоминает начальные общие симптомы соматических, а подчас психических болезненных состояний. Такой стресс может переходить в болезнь. Причиной длительного стресса может стать повторяющийся экстремальный фактор. В этой ситуации попеременно «включаются» процессы адаптации и реадaptации. Их проявления могут казаться слитными. В целях совершенствования диагностики и прогноза течения стрессогенных состояний предложено рассматривать их как самостоятельную группу состояний, вызванных длительными прерывистыми стрессорами. Г. Селье выделяет три основные стадии развития стресса.

Первая стадия – аларм-стадия, или **стадия тревоги**, когда происходит мобилизация адаптационных ресурсов организма. На этой стадии человек находится в состоянии напряженности и настороженности. Это своего рода подготовка к следующему этапу, поэтому иногда первая стадия называется «предстартовой готовностью». Физически человек чувствует себя очень хорошо, пребывает в приподнятом настроении. На этой фазе часто проходят заболевания, которые относятся к разряду психосоматических: колиты, гастриты, язвы желудка, мигрени и т.п. Правда, к третьей стадии они возвращаются с утроенной силой. Это хорошо известный феномен: во времена Великой Отечественной войны люди чрезвычайно редко болели – настолько они были внутренне мобилизованы, зато после окончания войны заболевания так и посыпались на них. Объясняется это тем, что люди вынуждены были мобилизовать все имеющиеся в их распоряжении адаптационные ресурсы (запас которых не безграничен) на выживание в сложных условиях.

Если стрессогенный фактор слишком силен или продолжает свое действие, наступает следующая фаза – **стадия резистентности**, или **сопротивления**. На этой стадии осуществляется сбалансированное

расходование адаптационных возможностей. Человек развивает оптимальную энергию, приспособляясь к изменяющимся обстоятельствам. Чувствует себя он вполне сносно, хотя уже без душевного подъема, характерного для первой фазы. Он как бы «вработался» и готов к более или менее длительному усилию по преодолению трудностей. Однако иногда чувствуется накопившаяся усталость.

Если же стрессор продолжает действовать еще дольше, наступает ***третья стадия – стадия истощения***. На стадии истощения энергия исчерпана, физиологическая и психологическая защиты оказываются сломленными. Человек не имеет больше возможности защищаться. В отличие от первой стадии, когда стрессовое состояние организма ведет к раскрытию адаптационных резервов и ресурсов, состояние третьей стадии больше похоже на «призыв о помощи», которая может прийти только извне – либо в виде поддержки, либо в виде устранения агрессора.

ПСИХОЛОГИЯ И КОНЦЕПЦИЯ СТРЕССА

Наглядность подходов Г. Селье к пониманию сущности целого ряда патофизиологических феноменов и эффективность его терапевтических рекомендаций побудили многих ученых «примерить» концепцию стресса к психическим реакциям человека, возникающим в критических условиях.

Об эффективности поисков неспецифического в психических проявлениях, а может быть, о надежде с помощью концепции стресса объединить сведения о психологических процессах, связать их с данными о физиологических механизмах свидетельствует массовость перехода психологов под знамя исследований стресса. Напомним, что этому немало способствовали работы самого Г. Селье, в частности получившая широкую известность его книга «Стресс жизни», вышедшая в 1956 году.

Психическим проявлениям синдрома, описанного Г. Селье, было присвоено наименование «эмоциональный стресс». Термин яркий, но породивший разночтение обозначенных им явлений. В содержание этого термина включают и первичные эмоциональные психические реакции,

возникающие при критических психологических воздействиях, и эмоционально-психические симптомы, порожденные телесными повреждениями, аффективные реакции при стрессе и физиологические механизмы, лежащие в их основе.

Термин «эмоциональный стресс» претерпел в научной литературе ряд трансформаций, сходных с теми, которым подвергался и термин «стресс». Первоначально некоторые авторы были склонны понимать под эмоциональным стрессом ситуацию, порождающую сильные эмоции, видимо вследствие английского значения этого слова как «нарушение равновесия физических сил». Концепция стресса ввиду своей направленности на целостное понимание адаптивных реакций организма привлекла внимание специалистов по разработке режимов жизнедеятельности человека в экстремальных условиях. Будучи увлеченными изучением исключительно неблагоприятных для организма проявлений стресса, этим термином они обозначали те адаптационные эмоциональные реакции, которыми сопровождались вредные организму физиологические и психофизиологические изменения. Соответственно под эмоциональным стрессом понимались аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Когда же накопились сведения о существовании большого круга физиологических и психологических реакций, сходных при отрицательных и положительных эмоциональных переживаниях, т. е. о том, что неспецифичность проявлений собственно стресса сочетается со специфически дифференцированными эмоциями, под «эмоциональным стрессом» стали понимать широкий круг изменений психических проявлений, сопровождающихся выраженными неспецифическими изменениями биохимических, электрофизиологических и других коррелятов стресса.

Следует заметить, что Г. Селье склонен полагать, что «даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс... Полная свобода от стресса означает смерть». Этим он подчеркивает, что

неспецифическая адаптационная активность в биологической системе существует всегда, а не только в ситуациях, достигших какого-то критического опасного уровня взаимоотношений со средой. Являясь элементом жизненной активности, неспецифические адаптационные процессы (стресс) наряду со специфическими способствуют не только преодолению выраженной опасности, но и созданию усилий для каждого шага жизненного развития. Это замечание Г. Селье далеко не случайно. Ряд исследователей адаптации биологических систем склонны к поискам неспецифического субстрата, свойственного узким фрагментам адаптивной активности. Подобные поиски закономерны и, можно полагать, в определенном смысле плодотворны. Однако это влечет за собой присвоение термина «стресс» не общему адаптационному синдрому с его физиологическими, психическими и т. д. проявлениями, а отдельным комплексам показателей, неспецифическим только в своем регионе. Этот регион часто определен либо устремлением исследователя, либо имеющимся у него набором методик. Таким образом, возникло название «церебральный стресс» в отличие от «периферического». А в рамках первого из них – деление на стресс «первосигнального» и «второсигнального» типа.

Поиски неспецифических реакций в мелких регионах адаптационной активности биосистемы, отличающихся собственными гомеостатическими признаками, по нашему мнению, заслуживают внимания. Они основаны на возможности, вероятно, бесконечного дробления биосистемы на подсистемы с их микрогомеостазом. Создавая относительное удобство для обозначения узкого круга неспецифических симптомов, с которыми оперирует исследователь, это будет неминуемо наталкивать его на утрату методологической сущности концепции стресса как общего основания для осмысливания различных проявлений адаптации живых существ. Трудно указать границу допустимой «спецификации» феномена неспецифичности. Видимо, следует считаться со сложившимся терминологическим выделением следующих видов стресса: физиологического и эмоционального,

физиологического и патологического, эмоционального и физического.

Постулат о разных формах стресса, об их дифференциации может быть принят, во-первых, когда определяются понятия разного уровня сложности или разного иерархического уровня в рамках комплекса «биологическая система – среда»; во-вторых, ввиду того что комплексы неспецифических симптомов при состояниях, определяемых указанными выше терминами, могут возникать только в рамках данного состояния, и, наконец, в-третьих, ввиду традиционного использования той или иной терминологии при одинаковом ее понимании в пользующихся ею кругах ученых.

Итак, термин «стресс» встречается в современной литературе как обозначающий следующие понятия: 1) сильное неблагоприятное, отрицательно влияющее на организм воздействие; 2) сильная неблагоприятная для организма физиологическая или психологическая реакция на действие стрессора (первоначально широко распространенный в настоящее время этот вариант почти не используется); 3) сильные как неблагоприятные, так и благоприятные для организма реакции разного рода; 4) неспецифические черты (элементы) физиологических и психологических реакций организма при сильных, экстремальных для него воздействиях, вызывающих интенсивные проявления адаптационной активности; 5) неспецифические черты (элементы) физиологических и психологических реакций организма, возникающих при всяких реакциях организма.

Первый из указанных вариантов понимания слова «стресс» в настоящее время почти не используется благодаря введению Гансом Селье для обозначения стрессогенного агента термина «стрессор». Недостатки двух следующих определений в том, что они не нацеливают на неспецифичность адаптационного процесса. В них представление о неспецифичности его некоторых черт подменяется представлением о чрезвычайности этого процесса в целом. В первых четырех определениях «стресса» не учитываются хорошо известные в настоящее время данные о том, что неспецифические черты адаптационных процессов проявляются и при негативных, и при

позитивных воздействиях на организм. Неспецифичность физиологических и психологических адаптационных процессов проявляется при разных по силе воздействиях. Интенсивность адаптационной активности зависит от значимости для организма действующего фактора. Поэтому наиболее адекватной можно признать последнюю из указанных трактовок термина стресс. Мы полагаем возможным понимание «стресса» как неспецифических физиологических и психологических проявлений адаптационной активности при сильных, экстремальных для организма воздействиях, имея в виду в данном случае стресс в узком смысле. Неспецифические проявления адаптивной активности при действии любых значимых для организма факторов можно обозначать как стресс в широком смысле.

В последние годы все больше становится работ, касающихся психологических проблем стресса, например, в библиотеке Интернационального института стресса собрано более 150 тысяч публикаций, посвященных стрессу, а с 1980 года «фондом Селье» начато издание журнала «Стресс».

Фазы развития стресса (субсиндромы стресса). Психологические и психофизиологические исследования стресса при экстремальных факторах разного характера и разной продолжительности позволили выделить ряд форм адаптационной активности (каждая из которых характеризовалась большим числом симптомов, принадлежащих к какому-либо одному классу проявлений жизнедеятельности человека), т. е. форм «общего адаптационного синдрома», которые можно рассматривать как субсиндромы стресса. При длительном течении стресса его субсиндромы могут чередоваться, повторяться или сочетаться друг с другом при поочередном доминировании отдельных синдромов. В условиях, когда на человека длительно действуют предельно переносимые стресс-факторы, эти субсиндромы следуют один за другим в определенном порядке, т. е. становятся фазами развития стресса. Дифференциация этих субсиндромов была возможна благодаря тому, что в ходе развития стресса при указанных условиях поочередно становились

манифестированными (преимущественно выраженными и заметными как для исследователей, так и для испытуемых) разные формы адаптационной активности. Можно заметить, что при стресс-факторах, оцениваемых субъективно как максимально переносимые, смена манифестированных субсиндромов стресса свидетельствовала о последовательном переходе от доминирования субсиндрома, знаменующего относительно низкий функциональный уровень адаптации, к субсиндрому, симптомы которого свидетельствовали о мобилизации иерархически более высокого уровня адаптации. Л. А. Китаевым-Смыком с соавторами были выделены четыре субсиндрома стресса. Первым в предельно переносимых экстремальных условиях проявлялся эмоционально-поведенческий субсиндром. Его сменял вегетативный субсиндром (субсиндром превентивно-защитной вегетативной активности). По мере угасания этих двух субсиндромов, а их можно рассматривать как проявления этапов адаптационной активизации относительно низкой (в иерархическом плане) «функциональной системности» организма, становились манифестированными когнитивный субсиндром (субсиндром изменения мыслительной активности при стрессе) и социально-психологический субсиндром (субсиндром изменения общения при стрессе). Очередность манифестирования последних двух субсиндромов стресса обуславливалась индивидуально-личностными особенностями людей, проявляющимися в экстремальных условиях.

Такого подразделения субсиндромов стресса условно. Оно может быть иным. Авторами были избраны преимущественно психологические основания для анализа проявлений стресса, возникающих при относительно постоянном уровне субъективной экстремальности стрессора. Иные особенности стрессора либо иные основания анализа развития стресса приведут к другому структурированию феноменов его развития.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЛАКСАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В КЛИНИКЕ

Цель: дать теоретическое обоснование и общее введение в проблему использования поведенческих методов релаксации в клинике. Более

конкретное обсуждение будет посвящено методикам, которые могут быть использованы пациентом для самостоятельной релаксации. Поэтому во избежание терминологической путаницы будет использоваться термин «релаксация» для обозначения состояния бодрствования, характеризующегося пониженной психофизиологической активностью, которое ощущается либо во всем организме, либо в любой его данной системе.

Наиболее часто используемыми методами аутогенной (самостоятельно вызываемой) релаксации являются нервно-мышечная релаксация, дыхательный контроль и различные формы биологической обратной связи.

Теоретическое обоснование клинического применения релаксационных методов

Стрессовая реакция вызывает в организме обычным рефлекторным путем естественное ответное действие – реакцию А или В. Наш сегодняшний «естественный» образ жизни с его «привычным» дефицитом движений не дает стимула для активного ответного действия. Для нас все более и более привычной в подобных ситуациях становится реакция В – бегство. И это сочетание неадекватного образа жизни и биохимической и гормональной реакций на стресс может привести к серьезным отклонениям в состоянии здоровья.

Какой же выход из создавшегося положения вы можете и должны найти? Выход один – прежде всего изменить образ жизни, перейти от пассивности к активности. Ведь достаточная активность не позволяет вредным веществам скапливаться в организме. А как быть в тех ситуациях, когда вы не в состоянии исключить стрессовую ситуацию из своей жизни? И об этом мы уже говорили: следует научиться активно влиять на нее, «амортизируя» тем самым стрессовый удар. Это означает – научиться управлять стрессом вопреки естественной автоматической реакции и отвечать на него ауторегуляционно, или, как говорят медики, релаксационно.

В течение долгого времени бытовало мнение, что реакция тревоги (А или В) является непредсказуемой и небезопасной и по-другому человек не

может реагировать на стресс. Однако многолетний опыт свидетельствует: гораздо полезнее, используя резервные возможности организма, овладеть методом сознательной и активной саморегуляции. Это позволит человеку реагировать на стресс более спокойно.

Секреты ответной реакции на тревогу (А или В) раскрыл американский физиолог Уолтер Кеннон. В тайну возникновения стресса проник известный исследователь стрессовых состояний канадский физиолог Ганс Селье. Именно физиологи высказали предположение о возможности сознательного ауторегуляционного вмешательства, проникновения человека внутрь самого себя, в собственное «Я», и дали ему научное обоснование. Это были великий русский физиолог Павлов и выдающиеся американские исследователи Уоллес и Бенсон.

Они показали, что человек способен также регулировать некоторые природные физиологические процессы, т. е. обладает возможностью целенаправленно использовать свои возможности. Таким образом, его реакция на стрессовые раздражители может способствовать укреплению здоровья – как психического, так и физического. Само по себе это логично: ведь если вам «под силу» вредить собственному здоровью, то почему бы не использовать те же самые способности во благо.

И тогда усилия будут направлены не только на дисрегуляцию, но, наоборот, будут использованы положительно для ауторегуляции. Об этой очень важной способности многие, вероятно, даже не подозревают, и у большинства она так и остается неиспользованной. Для чего, когда и, главное, как её использовать – ответы на эти вопросы вы найдете в данном разделе.

Когда человек вдруг узнает, что он совсем не обязательно должен стать жертвой стресса, что он вполне может положиться на себя и обладает способностью защищаться, это, естественно, придает ему уверенность в своих силах и вызывает желание что-то предпринять. Но для этого необходимо знать средства и методы, с помощью которых можно контролировать свои физиологические реакции на стрессовые импульсы.

Автоматическая реакция тревоги состоит из трех последовательных фаз (согласно теории Г. Селье): 1) импульс, 2) стресс и 3) адаптация. Иными словами, если наступает адаптация, то стрессовое состояние вскоре идет на убыль – человек так или иначе успокаивается. Если же адаптация нарушается (или вообще отсутствует), то возможно возникновение некоторых психосоматических заболеваний или расстройств.

Следовательно, если человек хочет направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс должен осознанно отвечать релаксацией. С помощью этого вида активной защиты человек в состоянии вмешиваться в любую из трех фаз стресса. Тем самым человек может помешать воздействию стрессового импульса, задержать его или (если стрессовая ситуация еще не наступила) ослабить стресс, предотвратив тем самым психосоматические нарушения в организме.

Активизируя деятельность нервной системы, релаксация регулирует настроение и степень психического возбуждения, позволяет ослабить или сбросить вызванное стрессом психическое и мышечное напряжение.

«С точки зрения нашего современного научного понимания человек является исключительной системой, поскольку его отличает высшая ступень ауторегуляции», – эти слова принадлежат И. П. Павлову.

Использование поведенческих аутогенных методов релаксации широко практиковалось в восточных культурах. Тем не менее на Западе эти методики стали изучаться и использоваться в клинике лишь недавно.

Клиническое применение поведенческих релаксационных методик, хотя и является относительно новым, оказалось весьма полезным при лечении чрезмерного стресса и его клинических проявлений. Развитие и последовательное овладение пациентом общими навыками релаксации имеет терапевтическое значение для лечения стрессовых состояний по нескольким очевидным причинам.

1. Практика релаксации может вызвать на определенное время «трофотропное состояние». Это состояние впервые было убедительно

описано Хессом (1957) и стало широко применяться в клинике Бенсоном (1975). Трофотропное состояние характеризуется общим понижением психофизиологической активности; его можно назвать гипометаболическим состоянием бодрствования. Это состояние общей релаксации опосредовано парасимпатической нервной системой [Хесс, 1957]. Такая глубокая релаксация обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что: а) она является с физиологической точки зрения полной противоположностью симпатической стрессовой реакции; б) она, по-видимому, способствует восстановлению психофизиологического функционирования организма [Бенсон etc.].

2. Постоянное практическое применение (1–2 раза в день в течение нескольких месяцев) этих методов может способствовать возникновению состояний пониженной активности лимбической и гипоталамической областей [Гелхом и др.]. Этим можно объяснить то, что пациенты, занимающиеся релаксацией в течение нескольких месяцев, сообщают об уменьшении у них общей тревожности, что является своего рода профилактической «антистрессовой» тенденцией. На клиническом уровне это означает снижение предрасположенности испытывать чрезмерное психологическое и физиологическое возбуждение в стрессовой ситуации [Джекобсон и др.].

3. Часто сообщалось о сдвигах в структуре личности пациентов, практикующих релаксационные методы в течение продолжительного периода времени. Согласно полученным данным, эти сдвиги направлены в сторону «позитивного психического здоровья» [Кендалл и др.]. Самыми заметными из этих изменений является смещение по направлению к внутреннему локусу контроля поведения и развитие более адекватной самооценки. Однако результаты исследований, на которых основаны эти положения, надо рассматривать как предварительные до тех пор, пока не появится больше работ с более адекватным подбором контрольных групп. Тем не менее, эти результаты имеют большое прикладное значение для

психотерапии, а также вообще для охраны психического здоровья [Каррингтон, 1977].

Индивидуальные различия пациентов при релаксации

«Недостаточное признание важности индивидуальных различий является методологическим дефектом, сильно тормозящим психологические исследования. Важность индивидуальных различий признается только на словах, в то время как на практике они большей частью игнорируются» [Фарт, 1975]. Исследователи только сейчас начинают понимать важное значение индивидуальных различий испытуемых, влияющих на результаты работ в области поведенческой науки. Немногое в науках о поведении с легкостью приписывается «эффектам со стороны объекта», и вариабельность результатов различных работ обычно объясняют «эффектами взаимодействия».

Клинические психологи должны в конце концов прийти к тому же выводу, к которому приходят исследователи, а именно: эффективность данной лечебной программы зависит от взаимного влияния лечения и различных специфических особенностей пациента. Вместо вопроса о том, эффективен ли данный лечебный метод или нет, согласно Паулю [Paul, 1967, с. 111], должны спрашивать: «КАКОЕ лечение, КЕМ проводимое и В КАКИХ УСЛОВИЯХ наиболее эффективно для этого ИНДИВИДА с ЭТИМИ специфическими проблемами?»

Эти вопросы приобрели первостепенное значение при использовании релаксационных методов. Как убедительно аргументирует Пепер (1976), при клиническом использовании, например, биологической обратной связи существуют очень тонкие параметры, в значительной мере определяющие эффективность этого метода.

К сожалению, в настоящее время мы знаем лишь то, что индивидуальные различия пациентов оказывают большое влияние на исход лечения. Пока не обнаружено каких-либо специфических переменных, которые являлись бы предикторами эффективности релаксационного

вмешательства. Наиболее многообещающей областью исследований является изучение структуры личности как предиктора эффективности релаксационной терапии, однако никаких общепризнанных результатов пока не было получено.

Итак, как указывают Люте и Блумбергер (1977), не все релаксационные методы пригодны для всех больных. Поэтому потребность в целенаправленном отборе пациентов для конкретных релаксационных методов является очевидной. Ученые обнаружили, что этот процесс выбора может проводиться на основе широкого спектра теоретических и практических знаний клинициста, а также информации, получаемой от больного. Еще до начала терапии специалист может дать возможность пациенту выбрать предпочтительную для него методику путем простого метода проб и ошибок. Клинический психолог должен быть готов использовать многофакторную схему лечения, исходя из конкретных потребностей пациента [Джирдано, Эверли, 1979].

Клинические меры предосторожности и нежелательные побочные эффекты

До последнего времени многие считали, что релаксационные методики представляют собой совершенно безопасную форму терапевтического вмешательства. Однако с возрастанием популярности и широты применения этих методик был выявлен ряд нежелательных побочных эффектов и установлены меры предосторожности. Клинический психолог должен быть в курсе этих возможных проблем.

На основе материалов научных исследований и клинических наблюдений Люте (1969), Эммонс (1978) и Эверли (1978) ниже описывается пять основных типов проявлений нежелательных побочных эффектов, которые могут возникнуть при обучении поведенческой релаксации.

Утрата контакта с реальностью

Утрата контакта с реальностью как реакция на обучение релаксации характеризуется развитием острых галлюцинаторных состояний (как

слуховых, так и зрительных) и бреда (обычно параноидного типа). Могут возникать также различные формы непсихических диссоциативных реакций, например деперсонализация и необычные соматические ощущения. Поэтому обычно не рекомендуется использовать методики, вызывающие глубокую релаксацию у больных с аффективными психозами или с психозами с нарушениями мышления. Необходимо также уделять особое внимание больным, склонным к чрезмерному фантазированию. В этих случаях использование глубокой релаксации может обострить состояние.

Реакции на лекарственные препараты

Клинические данные достоверно свидетельствуют о том, что индуцирование у пациента трофотропного состояния может усилить действие любого препарата или другого химического вещества, которое он принимает. Особое внимание надо обращать на пациентов, принимающих инсулин, седативно-снотворные или сердечно-сосудистые препараты. За состоянием этих больных необходимо постоянно следить. Все же во многих таких случаях систематическое применение релаксации может в конечном счете привести к устойчивому снижению доз принимаемых препаратов. В данном случае потенцирование действия лекарственного средства можно считать крайне желательным.

Панические состояния

Панические реакции характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля при релаксации, частичной утрате чувства безопасности, а в некоторых случаях и с появлением сексуально окрашенных эмоций. Иногда наблюдаются также диффузное, беспредметное беспокойство и опасения. Для таких больных обычно желательно использовать более конкретный релаксационный метод (например, нервно-мышечная релаксация или биообратная связь), нежели более абстрактный подход (такой как медитация). Важно также убедить пациента, что он на самом деле всегда контролирует ситуацию, даже в состоянии «пассивного внимания».

Преждевременное высвобождение вытесненных представлений

Нередко в состоянии сильной релаксации в сознание пациента проникают глубоко вытесненные мысли и эмоции. Хотя в некоторых психотерапевтических школах такие реакции рассматриваются как желательные, они могут быть восприняты пациентом как носящие деструктивный характер, будучи неожиданными и (или) слишком интенсивными для того, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе терапевтического процесса. Прежде чем применять релаксационные методики, специалист может проинформировать больного о возможности появления таких представлений. Клинический психолог также должен быть готов оказать помощь пациенту, если такие мысли появятся [Адлер и др.].

Возникновение чрезмерного трофотропного состояния

В некоторых случаях применение релаксационных методов в терапевтических целях может вызывать у пациента состояние чрезмерного снижения уровня психофизиологического функционирования. В результате этого может наблюдаться ряд феноменов.

1. *Состояние временной гипотензии.* Это острое состояние пониженного артериального давления, которое может вызвать головокружение, головную боль или кратковременный обморок, особенно если пациент резко встает после сеанса релаксации. Прежде чем применять релаксационные методики, специалист должен знать цифры артериального давления больного в покое. Должны быть приняты меры предосторожности, если артериальное давление у пациента в состоянии покоя ниже чем 90/50 мм рт. ст. Головокружение и обморок часто можно предотвратить, если предложить больному открыть глаза, потянуться и оглядеть комнату при первых признаках головокружения. Необходимо также попросить его подождать 1–3 мин, прежде чем вставать после сеанса релаксации.

2. *Состояние временной гипогликемии.* Это состояние характеризуется понижением содержания сахара в крови, которое может последовать за развитием трофотропного состояния. Это состояние будет продолжаться, по

всей видимости, до тех пор, пока пациент не примет какую-либо пищу. Глубокая релаксация, как и физические упражнения, оказывает на некоторых людей инсулиноподобное действие и может вызвать у них гипогликемическое состояние, если больной предрасположен к реакции такого рода или если он не поел в этот день как следует. Описанное острое состояние гипогликемии может проявляться в виде симптомов, как при гипотензивном состоянии.

3. *Утомление.* Хотя известно, что релаксационные методики вызывают у многих пациентов освежающее чувство бодрости, некоторые больные жалуются на ощущение усталости после релаксации. Такое чувство возникает очень редко, и его можно объяснить чрезмерными стараниями больного расслабиться. Клинический психолог должен информировать пациента, что наилучший результат при расслаблении достигается тогда, когда он лишь разрешает появиться состоянию расслабления, а не заставляет его возникнуть.

Поведенческие методы релаксации широко используются в клинике, по-видимому, вследствие их эффективности и кажущейся простоты применения. Хотя нежелательные побочные эффекты случаются редко, клинические психологи должны знать, что релаксационные методики и тропотропное состояние не являются абсолютно безопасными. Поэтому специалист должен со всей ответственностью подходить к их применению. Это означает, что он должен быть осведомлен о мерах предосторожности и возможных нежелательных побочных эффектах. Работа Luthe (1969) представляет собой важнейшую и наиболее исчерпывающую трактовку этого вопроса.

Выводы

Поведенческие методики, которые могут использоваться пациентом для вызывания состояния релаксации, являются мощными средствами терапевтического вмешательства при условии, что они применяются должным образом. Такие методы наиболее пригодны для лечения чрезмерных реакций на стресс. Однако клинический психолог должен понимать роль, которую при использовании методов релаксации играют индивидуальные различия пациентов, а также осложнения и нежелательные побочные эффекты. Исходя

из индивидуальных особенностей больных, специалист должен определить итоговый эффект от обучения их навыкам релаксации. Хотя нет абсолютных противопоказаний к применению релаксации, стоит помнить о мерах предосторожности, упомянутых выше. Для клинического психолога важно также подчеркнуть, что для применения пациентом релаксационных методов необходим определенный навык и что этот навык может развиваться только благодаря постоянной практике. Клинический психолог обязан помочь больному развить этот навык, которому, однако, нельзя научить, а можно только научиться.

Наиболее широко применяемыми поведенческими релаксационными методиками являются медитация, нервно-мышечная релаксация, контроль дыхания и метод биологической обратной связи. Однако при заключительном анализе клинический психолог должен окончательно оценить пригодность каждой релаксационной методики, исходя из индивидуальных характеристик пациентов.

Наконец, клинический психолог должен уметь составлять регистрационную форму для релаксационного тренинга. Эта анкета предназначена для сбора информации от пациентов об ощущениях, испытываемых ими при обучении релаксации. Ее цель заключается в том, чтобы дать возможность индивиду сообщить, чего он ожидает от лечения, какие ощущения испытывает во время релаксации, проводящейся в лечебном учреждении или дома. Эффективность большинства релаксационных методов в большой степени зависит от их использования в домашних условиях, а такие регистрационные формы для релаксационного тренинга облегчают самостоятельное проведение занятий пациентами у себя дома.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ СУБСИНДРОМ СТРЕССА

Эмоции – обязательный компонент стресса у человека. Они становятся преимущественно заметными при психологических, информационных стрессорах. С этим связано то, что стресс в результате психологических воздействий был назван эмоциональным.

Если говорить об индивидуальных различиях эмоционально-поведенческой активности при стрессе, отметим, что были выделены две основные группы людей, отличавшихся либо *усилением (первая группа)*, либо *уменьшением (вторая группа)* эмоционально-двигательной и поведенческой активности при кратковременных, но достаточно интенсивных экстремальных воздействиях.

Активное эмоционально-поведенческое реагирование при стрессе

Рассмотрим особенности поведенческих реакций у лиц, отнесенных к первой группе, т. е. склонных к активной форме эмоционального субсиндрома стресса. Биологическое назначение этих реакций – способствовать за счет ускоренных и усиленных защитных (или агрессивных) действий предотвращению неблагоприятного развития стрессогенной ситуации.

Защитные поведенческие акты могут быть разных уровней сложности: вздрагивание или замирание при громком звуке, хватательные движения в поисках опоры при падении, отдергивание руки при ожоге (рефлекторные действия), эмоционально-двигательное оживление при угрозе опасности, выскакивание из горящего дома (сложно организованные действия), прыжок в воду, в огонь ради спасения человека, попытка заслонить собой от опасности ребенка, товарища, командира и т. п. (социально обусловленные действия). Чрезмерная активизация поведения может привести к ошибочным действиям и даже к дезорганизации деятельности.

Таким образом, активизация поведения при стрессе может быть адекватной или неадекватной решению задачи выхода из стрессогенной ситуации или задачи предотвращения неблагоприятного воздействия стрессора.

При чрезмерной, нерациональной активизации эмоционально-двигательных реакций ускорение деятельности может сопровождаться «выпадением» отдельных необходимых действий и возникновением ошибочных действий. При этом неправильно оценивается текущая ситуация, неправильно используются следы памяти, неверными оказываются прогноз

развития ситуации и планирование деятельности, снижается контроль над собственными действиями.

Активизация поведения при стрессе может быть стройно организованной, но, будучи подчиненной ложному, иллюзорному представлению субъекта об опасности, это поведение может оказаться неадекватным задаче борьбы с опасностью, препятствующим полезной деятельности. Такое положение может возникнуть при панике.

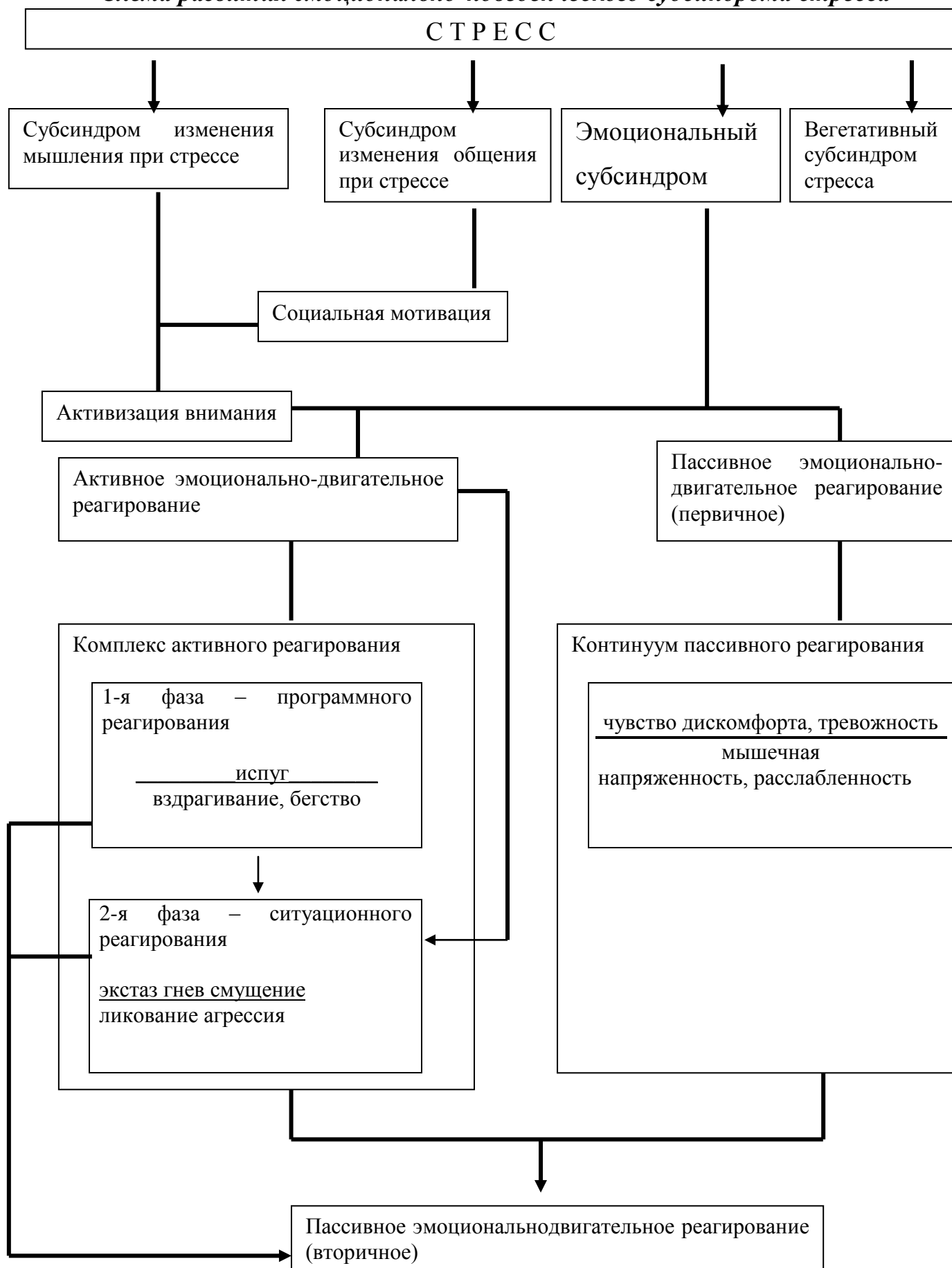
*Микроструктура активной формы эмоционально-поведенческого
субсиндрома стресса*

В структуре эмоционально-двигательного реагирования на кратковременный стрессор были обнаружены две основные фазы, составляющие своего рода комплекс эмоционально-двигательной активности.

Первая фаза этого комплекса (см. рисунок 1) – реализация филогенетически сформированной программы адаптационных, защитных реакций, действий в ответ на экстремальное воздействие. Это фаза «программного реагирования». Эмоции первой фазы: испуг, гнев, решимость и т. п.

Одной из ведущих закономерностей функционирования биологических систем является избыточная мобилизация энергетических и «организационных» ресурсов для осуществления действия, прогнозируемого при той или иной неопределенности ситуации. Надо полагать, в какой-то мере для расходования этих избыточно мобилизованных и неизрасходованных физиологических и психологических потенциалов, для воссоздания в организме гомеостаза сразу вслед за первой возникает вторая фаза указанного комплекса.

Схема развития эмоционально-поведенческого синдрома стресса



Характер защитных действий и сопровождающих их эмоций во второй фазе зависит от субъективно воспринимаемой эффективности действий, осуществленных субъектом на протяжении первой фазы, от того, каким субъекту представляется изменение стрессогенной ситуации. Вторая фаза – это фаза «ситуационного реагирования». Эмоции второй фазы – чувство удовлетворения и радости, торжества, ликования, эйфория (позитивные, экстатические) или смущение, досада, гнев и т. п. (негативные). Восстановлению физиологического и психологического гомеостаза после «потрясений», происшедших во время первой фазы «комплекса», способствуют и позитивные, и негативные эмоциональные реакции второй его фазы, тем более если они сопровождаются соответствующим этим эмоциям усилением двигательной активности.

Экстатические переживания и раскрепощенность соответствующих этим переживаниям действий, т. е. своего рода «торжество победы» над стрессором, можно полагать, более благоприятны для преодоления стрессовых изменений гомеостаза. Примером комплекса активного реагирования при остром стрессе является поведение людей при невесомости в полете по параболе. У испытуемых, активно реагировавших в этих условиях (первая группа), на протяжении первых 3–5 секунд невесомости имелись чувство падения, испуга и бурные, в значительной мере произвольные движения в виде поиска опоры. С 4–6 секунд невесомости эти явления сменялись чувством радости, ликования и бурными движениями, характерными для таких переживаний.

При чрезмерности экстатических переживаний второй фазы их могут сменять негативные эмоциональные переживания (чувство печали, душевной опустошенности и т. п.). Это своего рода балансирующая фаза комплекса активного эмоционального реагирования. Возникновение отрицательных эмоций, часто со снижением активности поведения, после экстатической фазы или же сразу после фазы активного преодоления трудностей недостаточно изучено.

Смена первой фазы комплекса эмоционально-двигательной активности второй его фазой имеет место при реализации разных по сложности и по продолжительности действий. Она возникает при окончании разных по характеру и масштабу стрессогенных ситуаций, когда предотвращена опасность, при завершении напряженного труда, при окончании обработки каждой отдельной детали и при окончании создания целостного произведения, при окончании рабочего дня и рабочего сезона и т. п. Наличие указанных двух фаз может ускользать от внимания наблюдателя при осуществлении субъектом как мелких операций, составляющих более крупный, например производственный, процесс, так и при завершении длительной, но раздробленной на мелкие этапы деятельности.

Эмоции первой фазы комплекса активного эмоционально-двигательного реагирования (страх, тревога) могут редуцироваться при многократных успешных завершениях этого комплекса. В таком случае акт реагирования (поведения, действия) в ответ на стрессор с самого начала протекает на фоне экстатических переживаний, характерных для второй фазы указанного комплекса. У людей определенного типа уже начало их действия по решению практической задачи знаменует неременный успех его окончания: начало деятельности переживается ими как радость, которую не омрачает возможность неудачного исхода. Это свойственно детям, у которых еще нет имеющегося у взрослых критического отношения к прогнозу собственных действий. Это бывает у людей, наделенных способностями и энергией, обеспечивающими успешность большинства их начинаний, а также у людей, наделенных фанатичной уверенностью в конечном успехе их дела, успехе, несмотря на многочисленные неудачи.

Пассивное эмоционально-поведенческое реагирование при стрессе

Для лиц, отнесенных ко второй группе, при достаточно сильных кратковременных экстремальных воздействиях характерно снижение эмоционально-двигательной активности, уменьшение побудительной роли волевых процессов. Следствие этого – формирование пассивного

эмоционально-двигательного реагирования, т. е. пассивная форма эмоционального субсиндрома стресса. Если активное реагирование направлено на удаление экстремального фактора (агрессия, бегство), то пассивное реагирование – на его переживание. Во время критических ситуаций от человека может потребоваться в одних случаях ускорение его деятельности, в других, напротив, выполнение им роли пассивного наблюдателя. Поэтому следует различать пассивное поведенческое реагирование, адекватное требованиям снижения вредоносности стрессора, и чрезмерное или неуместное уменьшение двигательной активности, снижающее эффективность пассивно-защитного поведения деятельности. Примерами пассивного реагирования, неадекватного требованиям аварийной ситуации, могут быть случаи, описанные К. М. Гуревичем и В. Ф. Матвеевым.

Опытный оператор московской энергосистемы получил известие об аварии, которая могла повлечь за собой нарушение энергоснабжения важного объекта, сел в кресло и безмолвно, в полном оцепенении просидел, пока авария не была ликвидирована другими операторами. Стало хрестоматийным еще одно описание поведения оператора в экстремальной ситуации. «При возникновении серьезной аварии на крупной ГЭС, как только начали работать на щите управления сигналы, сообщающие о происшествии, оперативный дежурный, отвечающий за станцию, поспешно ушел из помещения. Прошло около получаса, авария была ликвидирована силами других работников. Вслед за этим вернулся и оперативный дежурный. Он объяснил свое отсутствие тем, что «пробыл в это время в туалете...». В данном случае, надо полагать, имело место пассивное поведение этого человека при устранении аварии, сопровождавшееся активизацией у него вегетативных реакций в виде «медвежьей болезни». «Остатки» способности этого человека к поведенческой активности были вовлечены в обеспечение возникшей физиологической потребности.

Рассмотрев пассивное реагирование при стрессе, возникавшее с самого начала экстремального воздействия, его можно назвать первичным.

Пассивное реагирование, сменяющее имевшуюся до него стрессогенную активизацию поведения – вторичное. Первичное и вторичное уменьшения поведенческой (эмоционально-двигательной) активности при стрессе сходны в своих проявлениях. Первичное пассивное реагирование возникает у субъекта при поступлении к нему информации о предстоящем или текущем экстремальном событии, субъективно расцениваемом как невозможное (невероятное, непонятное). В отличие от этого вторичное пассивное реагирование возникает при трансформации в перцептивно-когнитивной сфере субъекта неосознаваемого представления о возможности (вероятности, понятности) одиночного кратковременного экстремального воздействия в представлении о «невозможности» такого воздействия при его многократных повторениях или при его чрезмерной длительности. В случае, когда пассивное реагирование, возникнув в начале действия стрессогенного фактора, сохраняется при длительном его действии, нет реальной возможности дифференцировать первичное и вторичное пассивное реагирование.

Итак, пассивное реагирование при достаточной продолжительности и силе стрессора возникает практически у всех людей, т. е. и у тех, кто пытался активно «удалять» кратковременный стрессор, и у тех, кто пассивно «пережидал» его. Однако вторичное пассивное реагирование не есть некое универсальное проявление человека при длительном стрессе. Оно может охватить одни физиологические и психологические процессы, не затрагивая других. Например, мышечная слабость, сочетаясь с чувством депрессии и с утратой мотивирующих влияний со стороны тех или иных факторов, может понизить работоспособность. При этом могут снижаться частота сердечных сокращений, дыхания, величина артериального давления. Однако человек может преодолевать мышечную слабость при стрессе, сохранять и даже повышать свою работоспособность путем сознательного усиления волевых импульсов, за счет не полностью осознаваемой эмоциональной самоактивизации, возрастания склонности к юмору, к шутливому отношению к трудностям, порожденным экстремальностью ситуации. В таком случае

субъект как бы отрицает негативное значение этих трудностей и тем реально уменьшает их интенсивность.

Активность или пассивность?

Еще Гиппократ отмечал, что при душевном возбуждении и расстройстве одни люди склонны к маниакальному, другие – к депрессивному поведению. Дифференциация индивидуальных различий подобного рода соответствует широко распространенной на Востоке концепции о двух началах – «ян» и «инь». Первое реализуется в активности поведения, силе характера, а при своей чрезмерности – в ярости, безудержности; второе реализуется в нежности, пассивности, а при чрезмерности своих проявлений – в депрессивности. Подобное дихотомическое разделение индивидуальных различий поведения, в частности при стрессе, можно найти у многих авторов – древних и современных.

Активность, пассивность поведения при стрессе предопределяются сочетанием внутренних и внешних факторов. К первым относится врожденная предрасположенность человека к активному или пассивному поведению в критических ситуациях, а также имеющийся опыт столкновения с такими ситуациями. Опыт активного «овладения» ими повышает вероятность активного реагирования, прецеденты пассивного реагирования делают более вероятным пассивное поведение в сходных ситуациях. Надежность прогноза деятельности человека в критических условиях возрастает с приближением моделируемого уровня экстремальности ситуации к натуральному ее уровню. Поэтому все чаще используется воспроизведение тренировочно-тестирующих аварийных ситуаций в процессе реальной деятельности человека. Вероятность возникновения в экстремальных ситуациях активного либо пассивного поведения не коррелирует с показателями типов высшей нервной деятельности или личностными показателями, определяемыми в неэкстремальных условиях или при моделировании этих условий в лабораторном эксперименте.

Внешним фактором, определяющим активность адаптивного поведения

субъекта, являются экстремальность воздействия на него внешней среды, отраженная в перцептивно-когнитивных системах субъекта. Не следует забывать, что восприятие и анализ сигнальной сущности внешних воздействий зависят от субъективных (как осознаваемых, так и не осознаваемых субъектом) психологических установок.

При анализе стрессоров для правильного прогнозирования спектра их действий надо учитывать совокупность характеризующих их специфических и неспецифических факторов. *Основные факторы, от которых зависит экстремальность стрессоров, следующие:*

- 1) субъективная оценка опасности стрессора для целостности субъекта (физической целостности, целостности социального статуса, «целостности исполнения его желаний» и т. п.);
- 2) субъективная чувствительность к стрессору, т. е. степень субъективной определенности, значимости стрессора для субъекта;
- 3) степень неожиданности стрессора. Неожиданной для субъекта может оказаться сила действия стрессора и чувствительность к нему субъекта;
- 4) близость действия стрессора к крайним точкам субъективной шкалы «приятно – неприятно».
- 5) Продолжительность действия стрессора при сохраняющейся его субъективной значимости (чувствительности субъекта к нему).

Экстремальность обусловлена неопределенностью продолжительности сроков действия стрессора либо неожиданным его продлением.

Феномен «активной гуманизации»

Важную роль в направленности и интенсивности развития стресса играет представление субъекта о возможности своего влияния на экстремальный фактор, о том, может ли он участвовать в управлении стрессогенным воздействием. Советской инженерной психологией была провозглашена концепция антропоцентризма как основное методологическое положение при разработке систем «человек – машина». Отвергнут подход к человеку-оператору как к придатку машины, который должен подстраиваться

к ее технологии. Системы «человек – машина», функционирующие с учетом приоритета человека, оказываются в конечном итоге надежнее и эффективнее, чем без учета этого принципа. «Активный оператор» испытывает меньший стресс по сравнению с пассивным наблюдателем. Люди, находящиеся в условиях скученности, но верящие, что они в любой момент могут покинуть помещение, испытывают меньший стресс, чем те, кто не имеет права его покинуть.

Принцип «активного оператора» может быть реализован не только в ситуации, когда человек может управлять действующими на него факторами или орудием защиты, орудием преодоления этих факторов, не только, когда чувство или осознание своих потенциальных возможностей сохраняет у субъекта статус «активного овладевателя» средой. Субъект может быть «активным воспринимаемелем самого себя», даже если ему приходится воспринимать тяжелейшее самочувствие, боль, крайний дискомфорт, свою беспомощность и др. Эти факторы, как правило, являются «генераторами» пассивного стрессового поведения, проявляющегося в виде разных форм «ухода» из-под стрессорного давления. Как известно, крайними формами этого «ухода» являются уход в беспамятство, обморочное состояние, в дереализацию, психотические состояния.

В воспоминаниях дистрессового собственного состояния у таких испытуемых абсолютно преобладала эмоционально-положительная окраска.

Все три указанных феномена активного отношения к факторам среды (внешней и внутренней) можно рассматривать как разные грани метафеномена «активной гуманизации» человека (коллектива, социума).

Известно много подтверждений того, что реализация человеком его потенциальной активности (биологической, психологической и т. д.) оптимизирует его жизнедеятельность, увеличивает его жизнеспособность. Особое значение имеет активное проявление гражданственности человека, его высоких нравственных устремлений. Ничто так не возвышает личность, как активная жизненная позиция, сознательное отношение к общественному

долгу, когда долг и единство слова и дела становятся повседневной нормой поведения. Выработать такую позицию – задача нравственного воспитания современной молодежи.

МЕДИТАЦИЯ

Цель: представить клиническую ценность введения в медитацию.

В западной культуре понятие «медитация» относится к актам размышления, планирования, обдумывания или рефлексии. Западные определения, однако, не отражают сущности восточного представления о медитации. По восточным преданиям медитация представляет собой процесс, посредством которого достигается «просветление». Это процесс роста, дающий человеку новый опыт в интеллектуальной, философской и, что важнее всего, в экзистенциальной сфере. В контексте обучения будем употреблять термин «медитация» просто для обозначения методики аутогенного типа, обладающей потенциалом для индуцирования у занимающегося ею трофотропного состояния путем концентрации внимания на объекте, предназначенном для сосредоточения. При высоком уровне овладения этими методиками возможно достижение психического состояния, характеризующегося неэгоцентрическим и интуитивным типом мыслительного процесса.

ИСТОРИЯ МЕДИТАЦИИ

Некоторые из самых ранних письменных источников, посвященных медитации, восходят к старым индийским обычаям и относятся примерно к 1500 году до н.э. Эти источники включают в себя религиозные писания, известные как Веды, в которых описываются медитативные традиции древней Индии.

В шестом веке до н.э. началось развитие различных форм медитации: таосистской в Китае, буддистской в Индии; даже греки занимались медитацией.

Первыми христианами, начавшими пользоваться медитацией, были отшельники, жившие в египетских пустынях в четвертом веке н.э. Их медитативная практика в своих чертах сильно напоминала традиционную индуистскую и буддистскую медитацию.

В одиннадцатом и двенадцатом веках н.э. дзенская форма медитации, называемая «дзадзен», распространилась в Японии.

Наконец, в 60-х годах прошлого столетия волна медитативной практики охватила Соединенные Штаты в форме западного варианта индуистской традиции. Она была завезена в эту страну Maharishi Mahesh Jogi и получила название «трансцендентальной медитации» (ТМ).

ТИПЫ МЕДИТАЦИИ

Медитационная практика представляет собой использование определенной методики или процедуры, способной вызывать у бодрствующего человека трофотропное состояние. Хотя существует много видов медитации, общим (для всех ее форм) является наличие стимула или предмета, на котором концентрирует свое внимание медитирующий. Согласно Орнштейну (1971), этот предмет предназначен для «сосредоточения», т.е. он является, в сущности, объектом для концентрации внимания. Медитативные методы можно, следовательно, классифицировать в соответствии с природой объекта сосредоточения. Не существует какой-то одной «правильной» техники: каждая имеет свои достоинства. Опишем несколько различных методов, наиболее часто применяемых на практике. Надеемся, что вы интуитивно выберете какой-то из них, некоторое время с ним поработаете (хотя бы три-четыре недели), пока не остановитесь на том, что лучше всего подходит именно вам или вашим пациентам.

Техника медитации. Упражняясь в медитации, следует соблюдать следующие правила.

1. Помещение для первых медитаций должно быть тихим, теплым и уютным. Впоследствии медитировать можно в любой обстановке.

2. Медитация должна выполняться натощак или через 1–2 часа после еды, лучше утром (до завтрака) и вечером (перед ужином).
3. Не следует проводить тренировок, если вы чувствуете себя нездоровым или эмоционально перевозбужденным.
4. Во время медитации не сопротивляйтесь мыслям, спонтанно возникающим в сознании; пусть они исчезнут сами.
5. Не превращайте медитацию в «идею фикс».
6. Медитацией следует заниматься 40–45 минут 3–4 раза в неделю.

Для тех, кто занимается хатха-йогой, рекомендуется использовать позу «лотос» или «полулотос». Остальные могут медитировать в положении сидя на стуле с удобной спин кой, позволяющей выпрямить позвоночник, или лежа на спине. Нужно закрыть глаза, расслабить руки, лицо, ноги, все тело, подождать 2–3 минуты до полного расслабления.

Медитация на мантрах. *Мантра* – это слово или фраза, повторяемая вновь и вновь, обычно про себя. Можно включить в эту категорию также и пение. Принимается определенная поза, в которой можно находиться длительное время, не испытывая физических неудобств. Тело полностью расслабляется. Медитирующий успокаивается и ритмизирует дыхание, концентрирует взгляд на определенной точке или закрывает глаза. В этом состоянии полного расслабления начинается непрерывное мысленное повторение мантры.

Непрерывная концентрация на мантре является исключительно трудным процессом. Через некоторое время после начала медитации внимание непроизвольно рассеивается, место мантры занимают посторонние мысли или картины.

Потом концентрация снова фокусируется на мантре и процесс джапа продолжается. Для мантра-медитации целесообразно использовать звукосочетания, не имеющие понятийного смысла, но способные создавать определенный психический фон. В древней практике лайя-йоги используются звуки санскритского языка, смягченного группами звуков «нг», «анг», «инг»,

например:

- 1) анг, банг, ванг, данг, джанг, дзанг, танг, занг, канг, ланг, манг, нанг;
- 2) энг, бенг, венг, генг, дженг, дзенг, тенг, зенг, кенг, ленг, менг, ненг, пенг, ренг, сенг, тенг, фснг, хенг, ценг, ченг, шенг;
- 3) инг, бинг, винг, гинг, динг, джинг, дзинг, тинг, зинг, кинг, линг, минг, нинг, тинг, ринг, синг, тинг, финг, хинг, цинг.

Каждую мантру нужно тренировать отдельно в течение продолжительного времени. Достаточно выбрать 2–3 мантры, создающие у медитирующего соответствующее психологическое состояние. Мантра способствует заполнению сознания нейтральным содержанием, освобождающим его от следов предшествующей психической деятельности, и вхождению в транс. Повторение стихотворных отрывков также можно рассматривать как вид мантры. В качестве мантры иногда используют и текст народных песен. Сознательное воздействие на человека с помощью слов или словосочетаний практиковалось еще в глубокой древности. Многократное повторение определенных, чаще всего бессмысленных, слов широко распространено в практике народной медицины, культовых обрядов. В таком воздействии бессмысленного ряда слов на психику человека нет ничего абсурдного, так как в этом случае воздействует не смысловая нагрузка, не информация, а звукосочетание.

Мантры можно придумывать самому. Предположим, вы на берегу моря, под вашими ногами теплый желтый песок, ласково греет утреннее солнце, вы чувствуете себя спокойным, уверенным в своих силах. Расслабьте тело, сконцентрируйте внимание на своих ощущениях и придумайте словосочетание, соответствующее в данный момент вашему душевному состоянию. Это ваша мантра. Концентрируясь на ней в процессе медитации и повторяя ее многократно, вы можете вызвать у себя то душевное состояние, которое испытали и прочувствовали на берегу моря. Подобным образом вы можете создать мантры, соответствующие различным эмоциональным состояниям.

Применение методики «РАЗ». Мантра—это вспомогательное средство, обычно слово или фраза. Это просто вспомогательное средство, способствующее тому, чтобы Ваш разум не затерялся в собственных фантазиях. Примером мантры, предлагаемой Herbert Benson в его книге «Реакция релаксации» является слово «р-а-з» (one), которое он использовал для больных артериальной гипертонией. Это легкое слово, без культового смысла, имеющее небольшое значение как исчисляемое. Каждый раз, когда Вы выдыхаете, произносите про себя слово «раз». Скажите: «раз», «раз». Скажите тихо: «раз». Произнесите слово, не двигая губами». Произнесите его еще тише, пока оно не станет просто мыслью (здесь пауза 75 с).

Медитация на янтрах. Инструкция такова: «Примите медитативную позу, расслабьтесь. Мысленно представьте круг, треугольник, прямоугольник, звезду и другие простые геометрические фигуры, сноп лучей. Попробуйте зафиксировать те специфические эмоциональные состояния, которые они у вас вызывают. В дальнейшем по мере тренировки попробуйте зафиксировать внимание только на одной из фигур».

Уже первобытный человек пытался материализовать свои представления о мире в виде наскальных рисунков. Впоследствии, созерцая их, он вызывал у себя аналогичные эмоциональные переживания. Сначала это были изображения реальных образов (людей, зверей, деревьев), а потом – их символов. В этом отношении верха совершенства достигла египетская символика.

Ряд геометрических фигур на рис. 2 подобран по принципу возрастания иллюзии излучения. Эти фигуры считаются священными почти во всех религиях и являются основными элементами в изображении так называемых чакр в системе лайя-йоги.

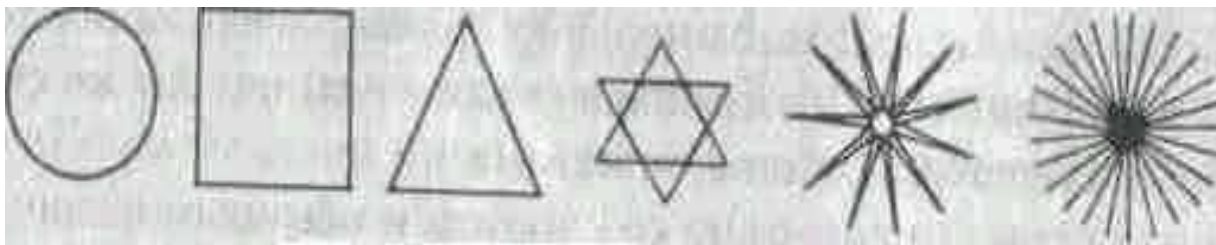


Рисунок 2. Основные элементы чакр

Известно, что изображения разнообразной формы и цвета оказывают различное влияние на психическое состояние человека. Так, зигзагообразная линия с острыми углами создает впечатление резкого изменения, накопления и разряда энергии, вызывает у человека чувство напряженности, тревоги. Наоборот, 8-образная кривая называется линией грации и формирует чувство гармонии, успокоения. Закругленные линии можно назвать легкими, ломаные – твердыми. Фигуры с радиально расходящимися прямыми создают иллюзию излучения, квадрат связывают с представлением завершенности, круг – с космической бесконечностью и абсолютной гармонией.

Разное психическое воздействие оказывают фигуры симметричные и несимметричные, уравновешенные и неуравновешенные. Определенное влияние на психическое состояние оказывают и различные цвета. Например, красный цвет возбуждает, а фиолетовый успокаивает. В. Х. Кандинский отмечал, что желтый цвет концентрирует внимание, а синий и красный рассеивают. Он же утверждал, что оранжевый цвет порождает прилив энергии, амбиции и стремление к триумфу

Художники знают, что ярко-красный, ярко-желтый и оранжевый – «теплые» цвета, а светло-синий, салатный и голубой – «холодные». Взаимодействия цветов еще более усиливают влияние на эмоции. Так, например, золотисто-желтый цвет и цвет морской волны взаимно усиливают эмоциональную уравновешенность, а сочетание золотисто-желтого и огненно-красного цветов действует противоположно.

Эффект воздействия формы и цвета на психическое состояние человека лежит в основе практики лайя-йоги. Медитация здесь проводится посредством

концентрации внимания на реальных или воображаемых графических изображениях – янтрах.

Медитация на чакрах. Техника представляет собой эффективное средство воздействия на вегетативную нервную систему (лайя-йога).

В своей книге «Лайя-йога» Госвами описывает технику, предназначенную для стимулирования вегетативной нервной системы. Она состоит из определенных этапов.

1. Концентрация на чакре *муладхара*. Нужно сконцентрировать воображение на спирали кундалини (символ потенциальной нервной энергии), которая излучает красный цвет.

2. Концентрация на чакре совершается одновременно с мысленным произнесением мантры «ханг». Воображение фокусируется на *спирали кундалини*, которая начинает постепенно нагреваться и излучать тепло. Одновременно она медленно раскручивается и поднимается вверх по позвоночнику. Последовательно она проходит через все чакры и достигает теменной области – чакры *сахасрара*.

3. Воображение направляется на сегмент спирали, находящейся между чакрами *муладхара* и *анахата*. Медитирующий представляет, что эта часть спирали излучает огненно-красный свет.

4. Далее воображение концентрируется на сегменте спирали между чакрами *аджна* и *вишудха*, спираль излучает бело-красный свет.

5. Наконец, воображение концентрируется на окончании спирали в чакре *сахасрара*. Спираль раскалена добела, здесь сосредоточена огромная энергия, которую медитирующий может контролировать.

Давно существуют попытки найти связь между чакрами и центрами вегетативной нервной системы. Однако все они пока безуспешны. Следует согласиться с мнением болгарского исследователя Н. Петрова (1986), который считает, что различные интерпретации кундалини, допускающие существование нематериальных проводников биоэнергии, а также чакр как центров, контролирующих биоэнергию, представляют собой смесь наивности

и метафизики.

Концентрация на собственном теле. Инструкция: «Займите медитативную позу. Сконцентрируйте внимание на своем теле: «Я лежу спокойно ... мое тело расслаблено... мои руки и ноги расслаблены... я чувствую пальцы ног... они расслаблены полностью... чувствую свои голени... мои голени расслаблены полностью... чувствую свои бедра... мои бедра расслаблены... все мое тело расслаблено... моя грудная клетка расслаблена... мое тело расслаблено... чувствую свой живот... он расслаблен, чувствую свою шею... она расслаблена... чувствую свое лицо... каждая мышца лица расслаблена... я все больше и больше расслабляюсь...»

Произнесение фраз происходит медленно, с одновременной активной концентрацией на частях тела. Со временем, в ходе тренировок, глубина мышечного расслабления увеличивается.

На определенном этапе медитирующий как бы превращается в постороннего наблюдателя собственной мыслительной деятельности. В сознании появляются самые различные реальные или фантастические картины. Необходимо отстраниться от эмоциональных переживаний этих картин и следить за ними как бы со стороны, наподобие зрителя, смотрящего фильм.

При углублении медитации картины начинают все быстрее сменять друг друга. Происходит распад мыслительного процесса. При настойчивой тренировке можно добиться глубокого транса.

Концентрация на позе. Инструкция: «Все внимание направьте на правую руку. Сконцентрируйтесь на ощущениях, которые испытываете в руке. Переместите руку и снова сконцентрируйтесь на изменившихся ощущениях. Теперь концентрируйте внимание на позе тела. Ощутите его пространственную конфигурацию. Представьте, что вы совершаете различные действия – плаваете, ныряете, танцуете, достигаете финиша, выполняете гимнастические упражнения, наносите удары, защищаетесь». Эта медитативная техника являлась основой подготовки в древних восточных

боевых искусствах и используется сейчас в дзюдо, каратэ, конфу, айкидо и др.

Концентрация на дыхании. Примите медитативную позу. Расслабьте тело. Сконцентрируйтесь на дыхании. Не меняйте естественного ритма дыхания, а только следите за ним. Дыхание можно мысленно сопровождать фразами: «Я чувствую свой вдох... чувствую свой выдох...» и т. д. Простота упражнения только кажущаяся. При тренировках вы столкнетесь с ограничением возможностей удерживать свое внимание на дыхании.

Возникают периоды рассеянности со сменой картин и мыслей. В процессе регулярных тренировок периоды рассеянности сокращаются, а периоды концентрации становятся все более продолжительными и устойчивыми. Медитирующий начинает ощущать внутреннюю стабильность и гармонию своих эмоциональных реакций. Это упражнение является основной техникой в практике дзен. Сконцентрировав свое внимание на дыхании, можно повторять примерно следующие медитативные фразы:

Я вдыхаю... Я выдыхаю... Грудная клетка расслаблена... (один дыхательный цикл) Я вдыхаю... Я выдыхаю... Мое тело расслаблено... (один дыхательный цикл) Я вдыхаю... Я выдыхаю... Я чувствую покой и расслабление... (один дыхательный цикл) Я вдыхаю... Я выдыхаю... Приятное ощущение... (вдох) Приятное ощущение... (выдох) Приятно дышать... (вдох) Приятно дышать... (выдох) Я чувствую тепло... (вдох) Я чувствую тепло... (выдох) Все расслаблено... (вдох) Все расслаблено... (выдох) Спокойствие и тишина... (вдох) Спокойствие и тишина... (выдох)

Упражнение представляет собой модификацию буддийской медитативной техники.

Счет дыхания. Глубоко и ровно дыша, считайте циклы дыхания: «Дыхание – раз. Дыхание – два» и т. д. Говорите себе «дыхание» при вдохе, а число – при выдохе. В одном из медитативных методов предлагается использовать восходящий ряд чисел. Однако при этом может возникнуть искушение достичь определенного числа, и это мешает вам. Фиксация на цели, которую предстоит достигнуть в будущем, действует разрушительно на

переживание медитации в настоящем. Вероятно, лучше считать до определенного числа – пяти или десяти (число десять используется учителями дзен), а затем начинать вновь с единицы.

Если вы обнаружите, что думаете о чем-то, не относящемся к счету, мягко напомните себе стоящую перед вами задачу и возвращайтесь к счету.

Осознаваемое дыхание. Вы наблюдаете и описываете свое дыхание, отмечаете его фазы. «Я дышу медленно. Мой живот выпячивается, грудь расширяется. Пауза. Теперь выдох» и т. д. Не вмешивайтесь в свой дыхательный процесс. Не пытайтесь изменить свое дыхание, а просто наблюдайте за ним. Плывайте по течению. Обращайте особое внимание на паузы – ту, что следует за вдохом, и ту, которая возникает после выдоха. В эти моменты вы ближе всего к своему центру. По преданию, Будда сказал, что если человек в состоянии осознавать свое дыхание в течение одного часа, он достигнет просветления. (Имея в виду, что его осознание не упустит ни одного вдоха или выдоха!)

Если в голову забредет какая-то посторонняя мысль, не надо с ней бороться – впустите ее, придумайте ей какое-то обозначение, образно говоря, повесьте на нее бирку и отложите эту мысль на полку, где при желании сможете ее найти после медитации.

Некоторые отвлекающие мысли будут чрезвычайно соблазнительными, но вы не должны попадаться на удочку. Это в ваших силах! Однако если вас постигнет какое-то изумительное озарение или вы вдруг найдете решение мучающей вас долгое время проблемы, то вполне можно прервать медитацию, чтобы додумать новую мысль. Уверяем вас, среди отвлекающих мыслей подобные откровения будут попадаться не часто!

Что происходит с моими ноздрями? Это совсем просто: наблюдайте за вдыхаемым и выдыхаемым воздухом при его прохождении через ноздри. Не обращайте внимания ни на паузы между вдохами и выдохами, ни на то, вытягивается ли или выпячивается ваш живот. В данное упражнение это не входит, как бы ни хотелось вашему скучающему уму расширить поле

наблюдения. Это похоже на то, как если бы вы следили за людьми, входящими и выходящими через вращающуюся дверь: «Вот один входит; вот другой выходит.» Не обращайте никакого внимания на то, что происходит дальше с воздухом, когда вы его вдохнули, как и на то, что делается после выдоха. Сосредоточьте внимание на своих ноздрях и наблюдайте за тем, что происходит там. Опять-таки, если забредет в голову какая-нибудь мысль, пометьте ее и отложите в сторону.

В другой разновидности этого метода вы наблюдаете за своим дыханием на уровне грудной клетки, мысленно произнося фразу: «Грудь поднимается; грудь опускается».

Медитация, связанная с техникой йоги ритмического дыхания

Согласно воззрениям йогов, ритмическое дыхание – необходимое условие любого опыта, будь то влияние на самого себя или на внешний объект.

Главное внимание следует обращать на ритм, который важнее, чем длительность вдоха. Надо практиковать упражнение, пока не удастся достичь равномерного размаха дыхания и пока вы не почувствуете ритма вибрирующих движений во всем теле. Порядок выполнения упражнений следующий:

1. Сядьте прямо в удобную позу. Грудь, шея и голова должны составлять одну прямую линию. Плечи слегка откиньте назад, руки спокойно положите на колени. Йоги находят, что ритмическое дыхание труднее достигается, если грудь выпячена, а живот втянут. Медленно вберите воздух полным вдохом, отсчитав шесть ударов пульса.
2. Задержите дыхание на три удара пульса.
3. Медленно выпустите воздух через нос, отсчитывая шесть ударов пульса.
4. Пауза на три удара пульса.
5. Повторите цикл: шесть – три – шесть – три. (Существуют и другие формулы ритмического дыхания, например, четыре – два – шесть – два).

Упражнения выполняют до легкой степени утомления. Переутомляться

нельзя! Собираясь закончить упражнение, сделайте очищающее дыхание йогов, оно дает чувство отдыха.

Повторение физического действия. Этот объект для концентрации связан с фокусировкой внимания на каком-либо физическом действии. В древнем индуистском способе медитации внимание сосредоточивается на повторяющихся дыхательных движениях. Дыхательный контроль (подсчет вдохов и выдохов – так называемая пренаяма) лежит в основе одной из форм Хатха-йоги. Широкой публике лучше известен другой вариант Хатха-йоги, использующий различные позы (так называемые асаны). Некоторые народы Востока используют в практике продолжительные хороводные танцы с повторяющимися движениями. Древние исполнители этого танца получили название «танцующих дервишей». Наконец, распространение бега трусцой в Соединенных Штатах дало импульс изучению этой деятельности. Один из эффектов, о которых сообщали некоторые из таких бегунов, являются переживания, подобные медитативным. Причиной этого может быть устанавливающееся во время бега регулярное дыхание или однообразные звуки от соприкосновения ног с землей.

Сосредоточение на проблеме. Этот объект для концентрации представляет собой попытки решения проблемы, включающей *парадоксальные компоненты*. Классическим примером являются дзенские «коаны». В этом случае для размышления дается парадоксальная на вид задача. Одним из наиболее известных коанов является такой: «Как звучит хлопок одной ладони?»

Зрительная концентрация. Здесь объектом для концентрации является зрительный образ. Это может быть картина, пламя свечи, лист дерева, внушающая расслабление сцена или что-то другое. В восточных культурах часто используется мандала для зрительной концентрации. Теперь о позе. Индусы предпочитают позу «лотоса», японцы сидят на пятках. Для них эти позы хороши, поскольку они усвоены ими еще в детстве, но западному человеку в возрасте за тридцать они могут показаться достаточно трудными, а

вызываемая ими физическая боль способна отвлечь от медитации. Знайте, что можно прекрасно медитировать просто сидя на стуле. На чем бы вы ни сидели, держите спину прямо. Это не означает, что вы сможете полностью выпрямить позвоночник, поскольку он имеет естественные изгибы. Однако не горбитесь. Сбалансируйте свое тело, сядьте удобно. Ноги на полу. Кисти рук лежат свободно на коленях или, если вы предпочитаете, сложены подобно двум чашам, вложенным друг в друга (в индийской традиции правая – активная – рука располагается снизу, левая – сверху; у левшей наоборот). Большие пальцы соприкасаются, как бы замыкая электрическую цепь.

Созерцание предмета. Инструкция: «Выберите какой-нибудь предмет. Это могут быть морская раковина, чаша с водой, веточка, камень, дерево, пламя свечи, кучка песка, коробка спичек, в общем, все что угодно. Сосредоточьте на этом предмете все свое внимание. Смотрите на него так поглощенно, как если бы вы никогда ранее ничего подобного не видели. Затем закройте глаза и, если возможно, прикоснитесь к нему. После этого снова всматривайтесь в ваш предмет, вглядывайтесь в него. Каждый раз, как вы замечаете, что внимание уходит в сторону, отмечайте это и мягко возвращайте его к предмету: «Уф-ф, я думаю о том, что буду делать после окончания медитации. Назад к тебе, кактус! Твои колючки неодинаковой длины» и т. д. И не взыскивайте с себя строго за подобные отвлечения. Л. Лешен советует относиться к себе, как к любимому ребенку, которого родители хотят удержать на узкой пешеходной дорожке, в то время как со всех сторон его манят пленительные цветы, деревья и густая трава. Не таращите глаза, просто смотрите. Если заметите, что начинаете таращить глаза, осторожно расслабьте мышцы глаз. И проверьте, на месте ли ваша полуулыбка. Через некоторое время вы обнаружите, что почти вошли в жизнь предмета и ваше сознание слилось с ним.

Внимающая медитация. В этом медитативном методе вы просто наблюдаете за всем, что происходит. Что бы ни случилось, отметьте это и оставьте: любые мысли, какие придут в голову; любые звуки, которые вы

услышите; мысли, которые у вас возникнут по поводу этих звуков; ваше дыхание; любые телесные ощущения, от внезапного зуда до дрогнувшей мышцы; снова дыхание.

Если вы обнаружите, что продумываете пришедшие в голову мысли, вместо того чтобы, только отметив их, возвращать каждый раз свое сознание в центральную точку, откуда оно лишь бесстрастно внимает всему происходящему вокруг, ни на чем не фиксируясь, переключитесь тогда на наблюдение за своим дыханием – оно ведь происходит непрерывно. Вам может понадобиться сочетание описываемой техники с техникой осознаваемого дыхания.

Когда возникают эмоции или болезненные воспоминания, не позволяйте им овладеть собою. Снабжайте их лаконичными пометками, такими, как «чувство уныния», «воспоминание», «чувство раздражения», опять «воспоминание, воспоминание». Эти воспоминания и чувства будут постепенно слабеть, и, что более важно, вы начнете отождествлять себя с Объективным Наблюдателем и Свидетелем, а не с человеком, который подвержен этим мыслям и чувствам. При правильном выполнении это упражнение может стать важным средством оздоровления, используемым в тех случаях, когда вам очень «не по себе». Этот вид медитации вы можете практиковать во время любого другого занятия, например, за мытьем посуды.

Медитация «Лотос с тысячью лепестков». На Востоке цветок лотоса символизирует всеобщую связь явлений и предметов во Вселенной. Работа с этим образом позволит преодолеть эти ограничения.

Инструкция: «Расслабьтесь, войдите в медитативное состояние. Выберите слово, образ или идею, которые будут служить центром лотоса. Сначала лучше использовать слова, имеющие положительное значение: «счастье», «покой», «любовь», «друг», «свобода» и т. п., что послужит формированию благоприятного состояния.

Повторите про себя выбранное слово. При этом у вас неизбежно возникнет определенная ассоциация. Представьте возникшие в силу

ассоциации слово, идею или образ как один из лепестков, прикрепленных к центральному слову. Примерно семь секунд посмотрите на связь, существующую между ними... Не следует слишком напрягаться, стараясь понять смысл этой связи... Она может стать моментально ясной... а может остаться и непонятной...

В любом случае вернитесь к центральному слову и ждите следующей ассоциации».

Медитация на музыке. Медитируют сидя, хотя можно это делать и лежа. Закройте глаза и максимально расслабьтесь. При первых же звуках мелодии «переводите» все, что слышите, в яркие того или иного цвета вспышки, круги и т. д. (первая ступень). Эта простая вещь уже после нескольких раз начнет развивать ассоциативное мышление, логические способности интеллекта. При хорошем подборе мелодии возникает чувство красоты и гармонии, ощущение сопричастности Вселенной. Именно эта медитация позволяет выработать интуитивное постижение «золотой пропорции» – одной из формул красоты, известных человечеству с древности. В терапевтических целях данная медитация способствует устранению чувства неуверенности в себе и страхов.

Можно заранее настраиваться на различные геометрические образы (вторая ступень). Во время звучания мелодии попробуйте с закрытыми глазами построить на внутреннем «экране» объемную геометрическую картинку (даршану), которая, по вашему мнению, соответствует прослушиваемому музыкальному произведению. Не следует опасаться, что ваша даршана будет носить субъективный характер: восприятие любого искусства всегда содержит большую долю субъективизма. В процессе медитации вы можете увидеть кольцо, венок, вращающийся треугольник в окружности и т. п. Поскольку любая мелодия динамична, в построенном вами рисунке обязательно должны быть элементы динамики, например, смена одной фигуры другой, вращение одной или нескольких фигур вокруг своей оси и т. п. В связи с этим эффективность медитации во многом связана с

богатством геометрических образов, с которыми вы можете сравнить прослушиваемую музыку. Кроме квадрата, окружности, многоугольников и других простейших структур, мы рекомендуем вам обратить внимание на тор, катеноид, простой и косой геликоид, конус вращения, гиперболический и эллиптический параболоид, астроида и другие более сложные фигуры. Из линий, употребляемых в качестве элементов даршаны, можно также рекомендовать винтовую и логарифмическую спираль, циклоиду, спираль Архимеда, кардиоиды, улитку Паскаля, овалы Кассини, конхоиды и другие. Если получаемая даршана фиксируется достаточно четко, то имеет смысл запомнить ее и через некоторое время еще раз прослушать ту же музыку, сопоставив затем новый и зафиксированный ранее образы. Время фиксации получаемого в сознании образа-эквивалента будет увеличиваться постепенно, поэтому на первых порах для медитации следует избирать одну-две мелодии и работать только с ними. К другим музыкальным произведениям следует переходить только после того, как первая мелодия хорошо освоена.

Освоив вторую ступень, попробуйте совместить ее с первой в одно целое.

На третьей ступени, после сосредоточения, постарайтесь выявить:

- сходные по звучанию части, их границы, временные пропорции по сравнению со всей длительностью произведения;
- вариации какой-то одной (основной) мелодии, которые, возможно, встроены в дальнейшее звучание произведения;
- конкретный способ образования вариаций: перестановка некоторых нот, изменение длительности звучания, замена нот и т. д.;
- сдвиги, повороты, отражения, инверсии: длительность их звучания, интервалы;
- количество тактов всей мелодии, сходных частей, вариаций и др.;
- самые высокие по тембру части и самые низкие, их взаимное расположение;

- такие части, на которых данное произведение могло бы закончиться без ущерба для целостности звучания или смысла (то есть представьте себя в качестве автора попури);
- возможность превращения данной музыки в нано (путем введения дополнительных имитационных голосов с отставанием или опережением).

Медитация «Кто я?» Вначале выполните упражнение по разотождествлению. Затем начните спрашивать себя: «Кто я?» Не спешите с ответом, хорошо подумайте. Когда найдете несколько ответов, спросите:

«Кто он такой – тот, кто отвечает?»

Понаблюдайте за своим разумом, размышляющим над этим вопросом. Затем спросите: «Кто он, этот думающий?» Каждый ответ должен порождать новый вопрос. Если ответ гласит: «Я психотерапевт», то заметьте: «Психотерапевт – это профессия. Кто такой этот Я, который лечит души людей?» Если ответ, скажем, таков: «Человек, любящий людей», тогда ответьте: «Это признак, свойство. Кто он, этот человек, питающий чувство любви к людям?», и т. д. и т. п. Кто такой Я, который счастлив сегодня, но был печален вчера? Кто такой Я, который два часа назад был сердит, а теперь нежен? Кто такой Я, который наблюдает за этим меняющимся настроением? Кто такой Я, который видит сны, когда засыпает тело? Кто такой Я, который говорит: «У меня есть тело, но я – это не мое тело»? Кто такой Я, который говорит: «Я не знаю!»?

Энергетическая медитация на шавасане. Для медитации в йоге часто используется шавасана (поза трупа). Это неудивительно, так как считается, что расслабление в этой позе приблизительно в пять раз глубже, чем в аутогенной тренировке (С. А. Гуревич, 1985). При шавасане человек с закрытыми глазами лежит на спине: ноги раздвинуты приблизительно на 30 градусов, руки отведены от туловища на 15 градусов. Предплечья повернуты, пальцы полусогнуты. Дыхание медленное, ритмическое, диафрагмальное, с короткой паузой после каждого вдоха и более продолжительной – в конце

выдоха. Внимание концентрируется обычно на ощущениях в ноздрях. Мышечная релаксация достигается путем последовательного расслабления мышц до ощущения тяжести.

Медитация на шавасане имеет много модификаций. Рассмотрим одну из наиболее эффективных форм – энергетическую.

Она происходит в три этапа: расслабление с помощью самовнушения, мыслительная работа с активными областями организма, расслабление с использованием «образа энергии».

В первой части медитации медленно и монотонно проговаривают формулы самовнушения, позволяющие добиться мышечного расслабления. Формулы рекомендуется объединять в триады – законченные блоки из трех предложений, первое из которых предназначено для переключения внимания, второе представляет собой динамическое самовнушение, третье вызывает статическое состояние. Для концентрации внимания можно использовать образ потока внимания – «луча света», «освещающего» ту область тела, с которой ведется работа. Так, например, проговаривая «мое внимание на лице», человек может представлять, будто луч фонарика освещает его лицо.

Отметим, что, в отличие от классической аутогенной тренировки, расслабление проводится снизу вверх, от ног к голове. Медитация начинается и завершается формулой успокоения:

«Я (мысленно представляется все тело) успокаиваюсь. Я спокоен (йна)». Затем следуют формулы релаксации, охватывающие по мере усвоения все большие группы мышц. Каждую формулу мысленно произносят лежа в шавасане, полностью сосредоточившись на нужном участке тела, повторяют три-четыре раза с четырехсекундным промежутком. По мере усвоения упражнения из триады самовнушения удаляется динамическая часть («такая-то часть тела расслабляется»), и формула звучит так: «Мое внимание на... Такая-то часть расслаблена». Полное выполнение первого этапа шавасаны обычно занимает 30–40 минут.

Согласно концепциям восточной медицины в человеческом теле существуют области, которые являются «выключателями»: если на них сконцентрировать внимание, то расслабляются определенные группы поперечнополосатых и гладких мышц. Поэтому на втором этапе не нужно произносить фразы самовнушения; достаточно лишь направить на активную область внимание и потом представить, что эта зона становится мягче, «тает», «растворяется». Выделяют 16 основных зон и одну дополнительную: пальцы ног, лодыжки, колени, область половых органов, область ануса, кисти рук, область пупка, локти (дополнительная), область желудка, область сердца, плечи, горло, губы, кончик носа, точка между бровей, середина большого родничка головы, макушка черепа. На расслабление каждой активной зоны по мере усвоения упражнения должно уходить все меньше времени (в среднем 15–20 секунд).

После усвоения этого этапа переходят к третьей ступени: находясь в шавасане, человек мысленно представляет, что энергия медленно поднимается от ног к голове и через точку между бровей («третий глаз») «выливается» наружу. Образ энергии рисуется по-разному: в виде тепла или холода, «мурашек» и т. п. Иногда в процессе упражнения возникает мелкое подергивание мышц, что считается явлением положительным: «энергия промывает тело». Длительность этого этапа расслабления в шавасане – около трех-четырех минут.

Выход из медитации на шавасане плавный: подтягивают носок правой ноги, далее – оба носка, пятки при этом выдвигают вперед. В дальнейшем руки сжимают в замок и, медленно поднимая вверх, выворачивают. Все тело тянется вслед за руками, и человек садится.

Заметим, что медитация на шавасане дает значительный эффект при многих психосоматических заболеваниях и неврозах (особенно осложненных гипертоническим синдромом и диссомнией – расстройством сна), быстро снимает психическое напряжение, тревожность, усталость, компенсирует недостаток сна. Она не имеет противопоказаний, но ею не рекомендуется

заниматься более 45 минут из-за возникающей гипотонии.

Манда́ла. *Манда́ла* – это геометрическая фигура, квадрат внутри круга, символизирующая единство человека и вселенной. Это динамический вид медитации. Может выполняться в группе или индивидуально. Начинается с психофизических движений, а затем через особое состояние сознания приводит в состояние покоя и концентрации. Для удовлетворительного усвоения требуется два-три месяца систематических занятий. Упражнения делают по утрам, в течение 15 минут, с чувством отрешенности и наслаждения. Алгоритм выглядит следующим образом.

1. Бег на месте, высоко поднимая колени (можно под музыку) и ударяя пятками по ягодицам. Глаза закрыты, дыхание ритмичное, ровное. Мысленная концентрация на ощущении пробуждения и иррадиации внутренней энергии.

2. Резко выдыхая, успокоить дыхание и пульс, открыть расслабленный, слегка обвисший рот, сесть в удобную позу с прямым позвоночником. Начать легкие, почти произвольные покачивания, продолжая концентрацию на движении внутренней энергии по всему телу к пупку.

3. Лечь на спину, открыть глаза и выполнять быстрое вращение глазами по часовой стрелке. Вызвать ощущение легкости и невесомости во всем теле, получить эффект «отсутствия тела» и движения энергии в область переносицы.

4. Закрыть глаза и раствориться в медитации, сосредоточив внимание в области переносицы.

Тибетская техника надабрама. Эту технику можно выполнять в любое время дня, хотя лучше рано утром.

1. Сесть в удобную позу или на край стула с выпрямленным позвоночником. Успокоиться, расслабиться, закрыть глаза, вызвать чувство легкости и невесомости во всем теле. Сжатыми губами начать громко гудеть (звук «хум») в течение 20–40 минут, до возникновения вибрации во всем теле. Возможны спонтанные плавные движения любой частью тела, которое ощущается как наполненный гудением пустой сосуд. Наконец появляется

четкое ощущение самостоятельного внутреннего гула. Концентрируясь на этом ощущении, переходите ко второй части.

2. Добиться эффекта «всплытия рук», затем в течение 7–8 минут плавно выполнять обеими руками, ладонями вверх, круговые движения от туловища наружу, концентрируясь на ощущении исхода из тела энергии. После этого двигать руками в обратном направлении – к туловищу, ладонями вниз, концентрируясь на ощущении прилива энергии еще 7–8 минут.

3. Прекратить движения. Сесть удобно или лечь и погрузиться в особое состояние сознания, растворив сознание в медитации.

Техника Гермеса. Такую технику рекомендуется проводить в вечернее время, перед сном. При выполнении ее утром необходим последующий 15-минутный отдых, чтобы снять возможное остаточное оцепенение и ощущение легкого тумана в голове. Цель – энергетическая зарядка благодаря слиянию с космической энергией.

Объект концентрации – представление своего тела в качестве посредника, через который в биосферу планеты проникает космическая энергия. Общая длительность упражнения от 15 минут до часа. Упражнение выполняют в следующей последовательности.

1. Стать лицом к востоку, расслабиться, успокоиться. Закрыв глаза, вызвать во всем теле ощущение легкости и невесомости.

2. Поднять голову к небу, поднять на эффекте всплытия обе руки ладонями к небу. Вызвать ощущение слияния и отождествления с Космосом.

3. Усилить ощущение тока космической энергии по рукам вниз (при этом возможна легкая дрожь).

4. Усилить ощущение иррадирующей по всему телу энергии и вибрации. Отключить сознание, раствориться в этом процессе, испытывая огромное наслаждение и радость.

5. Почувствовав себя совершенно наполненным и обновленным, открыть глаза и наклониться вниз к земле, коснуться ее 5–10 раз лбом.

6. Повторить весь комплекс сначала несколько раз, в зависимости от

рекомендации психотерапевта. В древности эта техника выполнялась в виде молитвы.

Даосская техника. Вначале проводится подготовка. Выбирают полутемное, с естественным освещением, полностью изолированное от всех посторонних раздражителей место на свежем воздухе, на природе, в тихом месте.

Подушка для упражнения должна быть мягкой и толстой, удобной для сидения. Одежда свободная, без пояса, ничто не должно мешать свободному дыханию и кровообращению. Предварительно необходимо опорожнить кишечник, мочевой пузырь и очистить носовые проходы. Техника выполняется натошак. Лучшее время – 4 часа утра.

Наиболее употребительная поза – «лотос» или «полулотос». Опишем подробнее первую позу с даосскими деталями техники.

Сидя на подушке, полностью вытяните ноги. Затем согните правую в колене и положите ее под себя, на основание бедра левой ноги, ступни подошвой кверху. Левую ногу аналогично расположите на основании правого бедра. Положение пяток должно быть таким, чтобы они почти встречались напротив лобковых костей и каждая пятка нажимала на живот. Внешние стороны колен прижаты к подушке – это придает телу устойчивость: оно не должно наклоняться ни вправо, ни влево, ни вперед, ни назад. Бедра таким образом образуют как бы две стороны треугольника с общей вершиной, и если все выполнено правильно, центр тяжести всего тела автоматически установится в нижнем дань-тянь.

Тело выпрямить, грудь слегка наклонить вперед, понижая желудочную впадину и расслабляя диафрагму. Ягодицы чуть-чуть отодвинуть назад, чтобы выпрямить позвоночник. Естественное положение позвоночника поддерживается без усилий и напряжения. Нижнюю часть живота привести в устойчивое положение, опуская центр тяжести методом временной концентрации внутри на точке, расположенной на 5–6 сантиметров ниже пупка (нижний дань-тянь).

Затем положите удобно правую кисть ладонью вверх на обе пятки или на нижнюю часть живота, а левую – свободно сверху. Кисть, лежащая сверху, слегка удерживается нижней, без напряжения. Обе кисти лежат удобно и расслабленно. Большой палец левой руки касается ее среднего пальца, а большой палец правой руки согнут над ладонью левой.

Такое положение ног и рук означает, что «отрицательное» охватывает «положительное», при этом образуется цепь из восьми каналов. Даосы утверждают: «Соединение четырех конечностей замыкает четыре прохода, что позволяет удерживать центр».

Голова и шея выпрямлены и обращены вперед. Слух «выключен». Рот закрыт, язык касается неба, образуя место для движения психической энергии от носа к горлу. Глаза закрыты и направлены к переносице (фиксация духовности в ее первоначальной полости – тсу чиао). Общее самочувствие сидящего в позе должно быть естественным, непринужденным и ненапряженным. Далее выполняется анальное сокращение. Освоив позу, приступают к получению устойчивых начальных навыков концентрации сознания и умения правильно дышать.

Мыслительный процесс контролируется путем фиксации и удерживания внимания на нижнем дань-тянь. Метод обращения внутрь себя, «взгляд в глубину», уменьшает поток мыслей. Можно прибегнуть также к легким невербальным усилиям, хотя большинство специалистов не рекомендуют этого делать, считая, что должно быть полнейшее отсутствие произвольных мыслей и усилий. Спокойно следуя по течению потока сознания, недопустимо проявлять нетерпение, надо оставаться абсолютно невозмутимым, тогда автоматически выключится слух. Качество медитаций будет улучшаться в процессе непрерывных, систематических тренировок и при условии беспредельной веры в успех.

Такую концентрацию сознания рекомендуется выполнять в начале занятий три раза в день в течение часа, а затем продолжать все время: при ходьбе, когда вы стоите, сидите или лежите. Чем продолжительнее медитация,

тем лучше результат.

Дыхание должно быть естественным, гармоничным с движениями живота и диафрагмы. Затем осваивают контрарное дыхание. Вдохи и выдохи должны быть медленными, непрерывными и тонкими, пока появится ощущение будто вы дышите не легкими, а всеми порами.

Правильное даосское дыхание является контрарным, или «обращенным». Как и естественное, оно достигает живота, но с расширяющими и сжимающими движениями нижней части живота и диафрагмы. Выполняется контрарное дыхание следующим образом:

1. Вдох тонкий, неосязаемый, непрерывный, медленный и глубокий, проходя от ноздрей, достигает низа живота, наполняя полностью всю грудь и частично живот воздухом, расширяя грудную клетку, одновременно сокращая мышцы нижней части живота. Толкаемая сокращающимися мышцами диафрагма становится активной и, прогибаясь вверх, усиливает давление в грудной клетке. Вдох должен длиться не менее одной минуты, выдох – столько же, хотя в древних текстах рекомендуется делать вдох чуть дольше выдоха, а в современной литературе – наоборот.

2. Выдох медленный, тонкий, неосязаемый и непрерывный, нижняя часть живота расширяется и становится твердой. При этом нижний дань-тянь наполняется энергией. Грудь пустая и вместе с диафрагмой расслаблена. Правильное дыхание и концентрация на нижнем дань-тянь делают позу устойчивее, диафрагму более активной и сильной, благодаря контрарному расширению и сжатию живота. Рекомендуется дышать правильно все время, выработать навык и во время медитации не отвлекаться для контроля правильности дыхания.

Первое время надо выполнять дыхательные тренировочные упражнения до или после каждой тренировки в течение 5–10 минут и обязательно на чистом воздухе. Надо следить, чтобы каждый вдох достигал нижнего дань-тянь, а каждый выдох начинался оттуда и хорошо расслаблял грудь, позволяя желудочной впадине автоматически опуститься. Это способствует

устойчивости и эффективности медитации.

Тратака. Полная концентрация на внешнем объекте (в отличие от внутреннего) называется «концентрацией с открытыми глазами», или тратакой. Тратака – это пристальное сосредоточение внимания на каком-нибудь объекте (самьяма – фиксация, внушение и ощущение), – глазной омплекс йогов.

Овладение искусством концентрации на внешнем объекте с открытыми глазами занимает у индусов главное место после внушения.

Рассмотрим подробно древнеиндийскую психотехнику.

1. Носовой взгляд (пасаджра дришти). Непосредственно влияет на всю центральную и периферическую нервную систему через зрительный и обонятельный нервы посредством ассоциативных связей, идущих от различных нервных клеток в центральной нервной системе (ЦНС). Поэтому этот взгляд следует практиковать медленно. И осторожно, лучше после первоначальной инструкции у опытного инструктора.

Носовой взгляд будит скрытую потенциальную энергию человека (кундалини шакти), по мнению йогов, находящуюся в потенциальной форме в сушумне (ЦНС). Тратака стимулирует все центры в мозге с помощью черепных и спинальных нервных центров, особенно зрительного и обонятельного, посредством ассоциативных связей. Вы (или пациент) начнете ощущать удивительные запахи вокруг себя. Прекращаются и исчезают все болезни головы. Удивительная память – это побочный продукт практики тратака. Благодаря этой практике пациент овладевает способностью контролировать свою психику и вегетативные процессы. Улучшается саморегуляция.

Техника исполнения состоит в том, чтобы, наполовину прикрыв глаза, направить взгляд на кончик носа. Практикуйте это регулярно утром и вечером. Если глаза устают и слезятся, закройте их полностью и медитируйте в течение минуты в этом состоянии «на отдых». Когда усталость пройдет – продолжайте тренировку. Иногда вначале вы можете испытать различные

реакции: головную боль, головокружение. Не беспокойтесь – это реакция, и она проходит. Вообще полезно, когда вас одолевает какая-нибудь реакция, медитировать, закрыв глаза, на звуке «Ом».

Время занятий надо увеличивать постепенно, начав с пяти минут.

2. Фронтальный взгляд (бхрумадья дришти). Является сильным, концентрирующим ум упражнением.

Техника исполнения: поверните ваши полуприкрытые глаза по направлению к междубровью – межбровному пространству – и зафиксируйте взгляд. Носовой и фронтальный взгляды возбуждают ЦНС и автономно нервную систему через различные связи черепных нервов (особенно интернирующих нос, глаза, лицо, шею). При носовом взгляде фиксация, внушение и ощущение потока сознания (самьяма) направлены непосредственно на кончик носа и через него в ЦНС, а при фронтальном взгляде – между глаз. При носовом взгляде верхняя половина глаз закрыта, а нижняя – открыта. При фронтальном – наоборот.

3. Тратака на внешнем объекте. Необходимо сделать черную точку на белом фоне или белую – на черном. Установить удобно перед собой. Нужно думать, что это символ бесконечной природы, и устремить свой взгляд и сознание на высшую природу и высшее сознание. Смотреть до легкого утомления, затем, отдохнув с закрытыми глазами, снова глядеть на точку не мигая, без напряжения и усталости. Занимайтесь систематически, пока не получите длительной тратаки (до 30 минут).

4. Тратака на голубой свет. Удобно сидя или лежа, направить взгляд на слабую синюю лампочку или на голубой свет от лампочки, установленной позади объекта концентрации. Взгляд устойчивый и непрерывный. Вначале выполняется пратъяхара (отвлекаете чувства от объекта; расслабляете ноги, живот, грудь, шею, руки, голову; чувствуете как они расслабляются). Мышцы энергетизированы, в теле ощущается пульсация, все сильнее и сильнее. Постепенно ощущение тела исчезает. Тело анестезировано, рот обвис. Вы входите в сампроджнята самадхи (высшую степень созерцания и

сосредоточенности). Выполняя дхарану, дхьяну и самадхи (фиксацию сознания, внушение и ощущение потока сознания), стараетесь достичь растворения обычного сознания.

Йога учит также методам достижения йоганидры и контролю ума до приобретения способности осуществлять самадху, то есть достигать состояния высшего сознания – состояния, когда в процесс осознания включен весь потенциал бессознательного. Древняя йога говорит, что при выполнении медитации надо быть всегда абсолютно уверенным, что именно у вас все хорошо получается, находиться в состоянии ожидания и энтузиазма. Это состояние должно предшествовать каждому упражнению в практических занятиях, в том числе и при обучении тратаке.

Приведем две словесные формулы индусов: первая служит для достижения йоганидры, вторая – для достижения самадхи.

Первая формула: «Я четко контролирую ум и мысли... Глубокий покой и энергетизация во всем теле... Я концентрируюсь на высшей природе, высшем сознании. Я бессмертен(-тна)... олицетворяю высшую справедливость... Мое тело погружается в йоганидру на...» (указывается время, например, на один час ровно).

Вторая формула «Я достигаю окончательной истины, окончательной реальности... Я достигаю окончательной цели своей жизни в этом мире... независимо от судьбы моего тела... Я обязательно достигну нирваны...»

Чань-буддийская медитация (дзен) Эта медитация служит главным звеном в психической подготовке в чань-буддизме. Обычно она практикуется только в комплексе с другими методами воздействия на психическое и соматическое состояние человека, носящими как статический, так и динамический невербальный характер: парадоксальными задачами (гун-ань) и диалогами (вэнь-да), дыхательными и гимнастическими упражнениями (в том числе единоборствами), физическим трудом, специальной диетой, массажем и самомассажем, приемами биоэнергетической стимуляции с помощью разнообразных средств (например, сигнальной рефлексотерапии),

контактным невербальным воздействием и др. Комбинация этих средств усиливает эффект техники для достижения просветления.

Сам процесс медитации предваряется подготовительными физическими и психическими упражнениями, призванными привести психику и соматику практикующего в оптимальное функциональное состояние, снять возбуждение, стрессы и другие негативные факторы, мешающие созерцанию. С этой целью применяются методы психосоматической релаксации, водные процедуры, массаж или самомассаж точек акупунктуры (ТА), сопровождаемый «внутренней работой» по активизации энергетических центров, каналов и меридианов с помощью психической концентрации и дыхательных упражнений и т. д.

На начальных этапах психофизической подготовки особое внимание уделяется:

- 1) нормализации физиологических процессов посредством релаксации и дыхательных упражнений;
- 2) правильному положению тела;
- 3) созданию условий, удобных для медитации. В монастырской практике обычно использовалась классическая для йоги «поза лотоса», или «сэйза».

Приведем рекомендацию чаньского наставника: «Когда вы впервые начинаете практиковать цзо-чань и созерцать свое сознание (кань-синь), отправляйтесь в уединенное место и сидите там, не сходя с этого места. Сначала сделайте тело прямым и сядьте в правильную позу. Сделайте одежду свободной и ослабьте пояс. Расслабьте туловище и конечности. По-массируйте себе позвоночник. Выдохните полностью воздух из живота. Через естественный поток дыхания вы обретете свою истинную природу, ясную и пустотную, спокойную и чистую. Когда ваше тело и сознание будут гармонизировать, дух тоже станет спокойным».

Цветомедитация для достижения психической гармонии.
Существует целый комплекс методик цветомедитации, из которых мы

рассмотрим только две большие категории: цветомедитации, направленные на стабилизацию психического состояния, и цветомедитации при физических недомоганиях.

Предварительно отметим, что нарушения психической гармонии могут быть вызваны как недостатком, так и избытком тех или иных эмоций.

1. Красный цвет

Этот цвет относится к теплым и является выражением жизненной силы, поэтому на психическом уровне он оказывает стимулирующее действие на активность человека.

Кроме того, он благотворно влияет при ослабленной критичности и недостатке внутренней энергии, что может проявиться в виде чрезмерных забот, сомнений и страхов.

Красный цвет служит катализатором изменений в сознании и усиливает различные проявления любви, а также ту силу, которая превращает ее в духовные качества. Через медитативную связь с телом мы осознаем, что представляем собой духовные существа в материальной оболочке.

При работе с красным цветом следует обратить внимание на то, чтобы полученный энергетический заряд использовался конструктивно и не привел к возникновению чувства беспокойства и нервной напряженности. В случае появления подобных симптомов используйте для медитации более мягкий красно-розовый цвет.

Когда следует использовать красный цвет?

- если вы ощущаете, что вам недостает жизненной энергии, сил, радости, воодушевления, оптимизма и уверенности в себе;
- если вас не оставляет чувство безнадежности;
- если вас часто мучают воспоминания;
- если вы подвержены резким переменам настроения.

Медитация «Обрести изначальную жизненную силу»

После предварительной подготовки переходите к непосредственной медитации с красным цветом, который является выражением энергии в

чистом виде.

Закройте глаза и представьте себе огонь, который бушует у вас под ногами и, проходя через стопы, медленно поднимается вверх по телу, заполняя своим красным цветом все органы.

Вот он достиг сердца, и в нем появилась непреодолимая тяга к активности, стремление помочь другим людям.

Почувствуйте, как это ощущение распространяется на волнах созидательной энергии по всему вашему телу и вызывает в сознании чувство бесстрашия.

Красный цвет поднимается выше, к голове, и оттуда устремляется через внешние контуры физического тела в вашу ауру.

Теперь вы полностью слились с красным цветом и чувствуете, как он наполняет вас энергией, силой, стремлением к жизни. Идентифицируйте себя с теми положительными качествами, которые рождает в вас красный цвет, и окончательно убедитесь, что с этого момента во всех ваших делах вас будет сопровождать непоколебимое чувство доверия, вдохновения и одновременно самообладания.

Постарайтесь еще на некоторое время задержаться в этих волнах красного цвета, а затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы чувствуете в себе энергию Красного цвета и находитесь в состоянии гармонии с жизнью.

2. Оранжевый цвет

Этот цвет является смесью красного и желтого цветов и объединяет в себе соответственно физические и психические принципы.

Оранжевый цвет является важным энергетическим источником для восприятия новых идей и одновременно дает импульс для их реализации.

Сочетание физического и духовного рождает оптимизм в отношении

перемен, сопровождаемый стремлением преодолеть внутреннюю скованность и внешние ограничения.

Когда следует использовать оранжевый цвет:

- если вам не хватает чувства психологической свободы и умения приспосабливаться к внешним обстоятельствам;
- если вы чересчур консервативны или просто трудно воспринимаете новые идеи;
- если вы часто впадаете в состояние депрессии и обнаруживаете в себе склонность к излишнему пессимизму и чрезмерно «чернушному» восприятию действительности.

Медитация «Окунуться в сияющий блеск солнца»

После предварительной настройки на медитацию представьте себе оранжевый цвет заходящего солнца и почувствуйте, как теплые лучи освещают вас. Это излучение приносит вам состояние богатства и радости. Дайте им полностью охватить вас.

Оранжевое сияние усиливается и попадает сначала в ауру, очищая ее и наполняя светом. Затем оранжевый цвет проникает внутрь вас через кожу, рождая ощущение мягкости и юношеской свежести. Огромное чувство благодати наполняет ваш организм. Теплая энергия оранжевого цвета переполняет вас чувством восторга, заставляет действовать более спонтанно и побуждает к активности. Теперь вы полностью охвачены оранжевыми волнами, энергия которых стимулирует вашу фантазию. Вместе с оранжевым цветом вы впитываете в себя все его положительные качества. Постарайтесь еще на некоторое время задержаться в этих волнах оранжевого цвета, а затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы почувствуете в себе энергию оранжевого цвета и находитесь в состоянии гармонии с жизнью.

3. Желтый цвет

Он относится к теплым цветам и, ассоциируясь в нашем сознании со светом солнца, вызывает в нас чувство подъема. Желтый цвет оказывает стимулирующее влияние на интеллект и интуицию. Он будит сознание и позволяет познать присущую нам внутреннюю глубину, лучше понять собственные и чужие потребности.

Благодаря своему родству с солнцем желтый цвет является антиподом негативных ощущений. Вместо апатии и равнодушия появляется чувство спокойной и в то же время лучистой радости, которое часто воспринимается окружающими как врожденный оптимизм.

Когда следует использовать желтый цвет:

- если вы считаете, что вас не любят и не понимают;
- если вы чем-то огорчены или чувствуете упадок сил и хотели бы получить заряд активности;
- если вы постоянно находитесь в конфликте с самим собой;
- если реакция других людей говорит о том, что вы слишком заняты собой или слишком нетерпеливы к окружающим.

Медитация «Слиться с золотыми лучами истины»

После предварительной подготовки переходите непосредственно к медитации. Представьте себе шар белого цвета, который приближается к вам из бесконечного туннеля и зависает над вашей головой. В нем объединились все цвета радуги. Почувствуйте присущую ему мудрость.

В какой-то момент вообразите, что вам необходима энергия желтого цвета, и представьте ее в форме золотого луча, проливающегося на вас из белого шара. «Втяните» желтый цвет в себя через ушные раковины и представьте, как он быстро распространяется по телу. Дождитесь, пока он заполнит все тело. Желтый цвет наполняет вас жизнью, ощущением свободы, оказывает положительное воздействие на интеллект. Он рождает в вас чувство гармонии, облагораживает образ мыслей, укрепляет уверенность в себе, повышает самообладание.

Пройдя через тело, сияющий желтый цвет устремляется в ауру,

наполняя ее энергией и радостью. Желтый цвет делает вас радостнее и оптимистичнее, усиливает коммуникабельность и готовность быть более открытым и восприимчивым. Постепенно ваше сознание расширяется и рождает импульс к новому.

Постарайтесь еще на некоторое время задержаться в этих волнах желтого цвета, почувствуйте полное единение с живой силой духа, затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы почувствуете в себе энергию желтого цвета и находитесь в состоянии гармонии с жизнью.

4. Зеленый цвет

Зеленый цвет связан с процессом развития органической жизни и является источником необходимой для этого энергии. Он поддерживает процессы роста и изменений как неизбежную и необходимую составную часть человеческой жизни, делает человека более гибким и открытым.

Зеленый цвет является производным от смеси желтого и голубого цветов и отчасти смягчает сильно выраженную стимулирующую функцию желтого цвета за счет спокойствия и глубины голубого.

Следует, однако, обратить особое внимание на дозированное использование энергии зеленого цвета, чтобы не нарушить равновесия.

При соблюдении этого условия зеленый цвет является незаменимым средством, укрепляющим нервную систему и оказывающим на нее гармонизирующее и стабилизирующее влияние.

Он корреспондирует с сердечной чакрой и оказывает положительное воздействие на деятельность сердца.

Когда следует использовать зеленый цвет:

- если вы равнодушны и апатичны;
- если вы чувствуете, что не способны ни вызвать чью-то любовь, ни одарить кого-то своей любовью.

Медитация «Развить в себе сердечные силы благодаря целительному доверию»

После предварительной подготовки приступайте непосредственно к медитации. Максимально расслабьтесь, закройте глаза и представьте, что вы идете сквозь светлый лес. Вы окружены зеленью, и она наполняет вас чувством спокойствия.

Вы выходите на поляну и ложитесь на мягкий травяной ковер. Впитайте в себя зеленый цвет глазами, позвольте ему войти в вас вместе с дыханием, подставьте раскрытые ладони навстречу этим зеленым волнам.

Вот зеленый цвет проник в вас, и *его* гармонизирующее сияние оказывает живительное действие на все органы. Все раны очищаются и заживают, все негативные мысли и чувства покидают вас, спадает напряжение, уходят все заботы. Внутри вас растет чувство тихой радости и истинного доверия, придающего вашим ощущениям необходимую заземленность.

Представьте теперь в середине этого зеленого потока большое изумрудное сердце. Отдайте ему все то негативное, что вы еще ощущаете в себе, и попросите его обратить все это вам во благо. Почувствуйте, как сияние изумрудного сердца проникает в вашу ауру, восстанавливает ее и приводит в необходимое равновесие.

Зеленый цвет делает сердце открытым, рождает надежду научиться воспринимать себя и окружающую жизнь такими, какие они есть, и помогать тем, кто нуждается в вашей помощи.

Постарайтесь еще на некоторое время задержаться в этих волнах переполняющего вас зеленого цвета, почувствуйте полное единение с живой силой духа, а затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы чувствуете в себе энергию зеленого цвета и находитесь в состоянии гармонии

с жизнью, которое дает вам понимание процессов ее развития.

5. Голубой цвет

Этот цвет относится к разряду холодных и оказывает прежде всего успокаивающее действие на нервную систему, приводя вас в состояние внутреннего покоя и отрешенности.

Темно-голубые тона повышают вашу способность к осознанному проявлению сильных эмоций. Они также улучшают познавательные процессы, усиливая ощущение единства с окружающим миром.

Следует обратить внимание на сбалансированное использование голубого цвета, в противном случае его ярко выраженная холодность может привести к регрессивным тенденциям и вызвать состояние депрессии.

Когда следует использовать голубой цвет:

- если вы осознаете, что охвачены страстями;
- если вы действуете, не задумываясь о последствиях своих поступков;
- если вас тяготят ваши обязанности.

Медитация «Познать бесконечность неба»

После предварительной подготовки приступайте непосредственно к медитации. Представьте, что вы лежите, раскинувшись, на лугу, ваш взгляд устремлен в бесконечную глубину абсолютно чистого неба и вы постепенно тонете в этой сияющей лазури.

Медленно вдохните и почувствуйте, как вместе с дыханием в вас проникает голубой цвет и его благотворные волны распространяются по всему вашему телу.

Голубой свет освещает каждую клетку вашего организма, этот свет делает вас мягче, спокойнее, рождает в вас чувство доверия и усиливает интуицию. Вы уже полностью охвачены голубым сиянием, и оно пропитывает вас своим духом правды и мудрости.

Откройтесь для любого воздействия голубого цвета. Он увлекает вас в световой поток, просветляет вашу ауру благодаря своей чистоте. Представьте, что вы полностью слились с этим голубым сиянием, свойства которого

увеличивают чистоту ваших помыслов и делают осмотрительным в поступках.

Постарайтесь еще некоторое время задержаться в этих волнах голубого цвета, почувствуйте полное единение с живой силой духа, пошлите эту энергию во внешнее пространство, чтобы она могла достичь всех нуждающихся в ней существ, а затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы почувствуете в себе энергию голубого цвета, бесконечность голубого неба и находитесь в гармонии с жизнью.

6. Синий цвет

Это смесь темно-голубого цвета с небольшим добавлением красного. Синий цвет обладает теми же свойствами, что и голубой, однако из-за большей интенсивности цвета его воздействие на организм человека значительно сильнее.

Синий цвет соответствует тому «неосознанному», затемняющему сознание, и оно не может или не хочет адекватно воспринимать действительность.

Когда следует использовать синей цвет:

- если вы проявляете излишнюю эмоциональность и не контролируете свою реакцию;
- если ваши Поступки расцениваются как неадекватные;
- если вы часто испытываете чувство вины.

Медитация «Познать глубину ночи»

После предварительной подготовки приступайте непосредственно к медитации. Перенеситесь в тишину безлунной ночи, поднимите голову и устремите взгляд в глубину усыпанного звездами темно-голубого неба.

Вы чувствуете, как это бесконечное синее небо притягивает вас и его пульсирующая сила отрывает вас от земли. Вдохните и вместе со вдохом

втяните в себя эту благотворную энергию синего цвета. И с каждым новым вдохом ощутите, как она наполняет все ваше тело.

Постепенно синий цвет заполняет все клетки. Почувствуйте, как под влиянием его энергии спадает напряжение, как исчезают страхи и сомнения, как укрепляется ваша интуиция, как вы становитесь более открытым для восприятия истины.

Синий цвет является отражением сознания: если вы познаете его глубину, то почувствуете происшедшие в себе изменения. Вы почувствуете стремление к новой жизни, которая по сути своей приближается к истине, к достижению состояния прояснения.

Постарайтесь еще на некоторое время задержаться в этих волнах синего цвета, почувствуйте, как меняется сознание в глубине вашего Я, а затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы почувствуете в себе целительную энергию глубины синего неба и находитесь в состоянии гармонии с жизнью.

7. Фиолетовый цвет

Благодаря составляющим его красному и голубому цветам фиолетовый цвет обладает силой взаимодействия противоположных дополняющих друг друга свойств. Появляется способность более четко разграничивать объективное и субъективное, а полная самоидентификация с этим ощущением может породить волшебное чувство неразрывной связи с миром.

Однако следует быть осторожным и не увлекаться чистой фантазией, подменяя ею реальность.

Фиолетовый цвет оказывает большое влияние на область чувств. Благодаря сильному воздействию фиолетового цвета на подсознание вы можете освободиться от глубинных страхов и при достижении соответствующего уровня сознания превратить их в созидательную силу.

Когда следует использовать фиолетовый цвет:

- если вы замечаете, что зачастую ваши поступки носят неосознанный характер;
- если вы превратились в эгоиста и склонны к ревности;
- если вы считаете себя вне критики;
- если вы часто по необъяснимым причинам испытываете горечь, чувствуете себя обманутым, вас мучают сомнения и вы впадаете в состояние депрессии.

Медитация «Как вверх, так и вниз»

После предварительной подготовки переходите непосредственно к медитации и представьте, как ваше внимание привлечен исходящий откуда-то фиолетовый луч.

Следуя за лучом, войдите в подземный грот, стены которого выложены аметистами. Окунитесь в это фиолетовое свечение и почувствуйте, как освобождается от груза ваш дух.

Фиолетовые волны распространяются по вашему телу и очищают его. Спадает напряжение, исчезает физическое недомогание.

Вслед за этим пропадает негативная зафиксированность вашей психики, вы чувствуете, что можете навсегда освободиться от груза ежедневных забот, вы ощущаете в себе чистоту и силу, понимание данности.

В самой глубине грота находится небольшой стол. Подойдите к нему и посмотрите на свое отражение в воде. Оно излучает одновременно скромность и достоинство, радость и успокоение.

Фиолетовый цвет не только окутывает вас, но и проникает внутрь вместе с дыханием, вы впитываете его ладонями рук, подошвами ног. Он наполняет вас любовью и мудростью. Вам кажется, что еще немного – и вы почувствуете несравненный аромат фиолетового цвета. Откройте всего себя живительным силам фиолетовых волн, позвольте проникнуть им во все уголки своего тела и сознания. Вы почувствуете более тесную связь с вашими идеалами и ощутите, как в вас появляется множество новых качеств. Вы почувствуете также, как растет в вас чувство доверия, и ощутите силу

высшего провидения, которое стало вашим внутренним голосом.

Постарайтесь еще на некоторое время задержаться в этих волнах фиолетового цвета и затем поблагодарите тот внутренний источник, который подарил вам это ощущение.

Теперь постепенно возвращайтесь к своему обычному состоянию. Осознайте свое тело, окружающее пространство, откройте глаза. Вы почувствуете в себе энергию фиолетового цвета, к вам приходит осознание более высокой реальности, и вы находитесь в гармонии с жизнью.

Лечебная цветомедитация при физических недомоганиях

1. Красный цвет

Символическими образами красного цвета являются огонь и кровь. Энергия красного цвета помогает формировать тело, поддерживает его существование, повышает внутренние ресурсы организма, наполняет его тягой к жизни. Благодаря стимулирующему действию красный цвет рекомендуется использовать в лечебных медитациях при болезнях, возникающих на фоне общего физического истощения и ослабленного иммунитета.

Корреспондирующие органы: сердце, артерии и вены, печень, почки, прямая кишка.

В лечебной медитации красный цвет:

- оказывает стимулирующее действие на органы кровообращения;
- повышает содержание гемоглобина в крови и тем самым препятствует возникновению анемии;
- способствует выделению тепла;
- регулирует деятельность печени и почек;
- способствует мышечному расслаблению;
- помогает при нарушениях менструального цикла и стимулирует сексуальную активность.

Однако медитацию с красным цветом не следует проводить при повышенной температуре тела и наличии воспалительных процессов. Не

рекомендуется также слишком долго медитировать с красным цветом, так как это может привести к утомлению и нервному перенапряжению.

Медитация «Стимулировать организм и вновь наполнить его живительными силами»

Настройтесь на медитацию в соответствии с рекомендациями вводного этапа, чтобы добиться состояния покоя и расслабленности. Теперь сосредоточьтесь на красном цвете, ассоциировав его зрительно с цветом рубина.

Представьте, что эта световая энергия лежит у ваших ног в форме мягкого коврика и заполняет все вокруг своими световыми бликами. Глубоко вдохните и вместе с вдохом «втяните» подошвами ног красный цвет в себя.

Почувствуйте, как он медленно поднимается по вашим ногам, согревая и наполняя их жизнью. Когда энергия цвета достигнет коленей и затем бедер, вы почувствуете, что ваши ноги настолько наполнились силой, что готовы без усталости шагать к любой цели.

Вновь глубоко вдохните и почувствуйте, как красный цвет поднимается в нижнюю часть живота, орошая живительной силой половые органы. Затем он попадает в почки, очищает и стимулирует их работу. Красный цвет распространяется дальше, наполняя теплом пищеварительные органы и улучшая функцию печени.

И вот красный цвет достиг уже вашего сердца, смешан кровью и вместе с ней потек по сосудам, стимулируя кровообращение.

Животворная сила красного цвета распространилась теперь по всему вашему телу. Вы чувствуете себя легче и в то же самое время сильнее, активнее и моложе. Все ваше тело излучает эту энергию, побудьте еще несколько минут в этом состоянии.

Прислушайтесь к себе и попытайтесь определить, какие части вашего организма еще не обогатились энергией. Направьте туда тепло красного цвета и почувствуйте, как все клетки вашего организма наполняются новой силой.

Теперь мысленно поблагодарите сначала красный цвет за его живительную силу, а затем и внутренний источник, подаривший вам это ощущение.

Как только вы почувствуете, что пора прервать медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние. Прислушайтесь своему дыханию, охватите взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим вас миром. Если вы в дальнейшем регулярно будете вызывать в памяти ощущение энергии и тепла красного цвета, его действие будет таким же эффективным.

2. Оранжевый цвет

Это часть красного цвета, смешанного с желтым. Оранжевый цвет является как бы пограничным слоем огненной силы красного цвета, способным к тому же освободить вас от подавленности и излишних самоограничений.

Пропорциональное использование в лечебной цветомедитации оранжевого цвета может смягчить иногда слишком сильное воздействие красного цвета.

Корреспондирующие органы: селезенка, поджелудочная железа, тонкий кишечник, органы дыхания.

В лечебной медитации оранжевый цвет:

- оказывает в целом укрепляющее воздействие на жизнеспособность организма;
- снабжает энергией селезенку и поджелудочную железу;
- укрепляет органы дыхания.

Для лечения астмы рекомендуется сочетать одновременно визуализацию оранжевого цвета с ритмическим дыханием.

Медитация «Дать свободу самому себе»

Сконцентрируйте свое внимание на оранжевом цвете, представив, себе визуально цвет сердолика в форме солнечного диска, который восходит под подошвами ваших ног.

Через подошвы ног оранжевый цвет медленно поднимается по вашему телу вверх. По мере продвижения вы все с большей ясностью ощущаете необычайную легкость в ногах.

Оранжевые лучи постепенно достигают таза и живота. Почувствуйте, как они наполняют и очищают внутренние органы, как приходит в гармонию наполняющая их энергия.

Оранжевый диск достиг вашей груди, и его лучи осветили легкие, очистив их и сделав дыхание свободным и глубоким. Оранжевый цвет распространяется по всему вашему телу, вызывая в нем чувство приятного расслабления.

Теперь оранжевые волны покидают внешние границы вашего тела и вливаются в ауру, окружающую его. Почувствуйте, как проясняется ваша аура, как заполняется она светом. Ваше физическое тело и внешняя энергетическая оболочка вновь находятся в гармонии и равновесии.

Попытайтесь на какое-то время удержать это состояние и прислушайтесь к себе, чтобы определить, в какие еще части вашего организма следует направить целительные волны оранжевого цвета.

Теперь мысленно поблагодарите оранжевый цвет за живительную силу, а затем и внутренний источник, подаривший вам это ощущение. Как только вы почувствуете, что пора прервать медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние. Прислушайтесь к своему дыханию, охватите взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим вас миром.

Если в дальнейшем вы будете регулярно воссоздавать в памяти ощущение внутренней свободы, вызванное медитацией с оранжевым цветом, его действие будет таким же эффективным.

3. Желтый цвет

Символом желтого цвета является солнце — источник света, тепла и жизни. Желтый цвет также наполняет человека животворящей энергией, однако, в отличие от энергии красного цвета, она не возбуждает, а

стимулирует. Желтый цвет связан с солнечным сплетением человека и со всей нервной системой.

Корреспондирующие органы: нервы, мозг, лимфатическая система, желчный пузырь, желудок, двенадцатиперстная кишка.

В лечебной медитации желтый цвет:

- стимулирует интеллектуальные способности человека;
- оказывает очищающее действие на органы пищеварения, печень и кожу;
- способствует выделению желчи;
- восстанавливает запасы минеральных веществ и снижает кислотность в организме.

Медитация «Очистить организм»

После предварительного настроя на медитацию сконцентрируйтесь на желтом цвете, выражением которого будет цвет полуденного солнца в безоблачный день.

Представьте тепло, которое излучает солнце, и вместе с глубоким вдохом «втяните» его в себя. Оно медленно поднимается по вашим ногам вверх, и в сияющем потоке желтого цвета исчезает все темное. Желтый цвет поднимается к тазу, достигает нижней части живота и растекается по внутренностям.

Никакое отложение не может противостоять энергии желтого цвета. Он проникает во все «закоулки» и очищает все на своем пути.

Затем желтая волна попадает в печень и помогает ей освободиться от накопившихся ядов. Через желудок, очищающий желтый цвет попадает в верхнюю часть тела, в том числе и в позвоночник, по которому поднимается в мозг. Здесь он создает ощущение живительной свежести и стимулирует всю вашу нервную систему.

Световая энергия вновь и вновь пронизывает ваше тело, и вы чувствуете, как очистился организм, как спало напряжение, ощущаете легкость и одновременно заряд бодрости и силы, так как этому яркому свету не может противостоять ничто темное.

Попытайтесь на какое-то время удержать это состояние и прислушайтесь к себе, чтобы определить, в какие еще части вашего организма следует направить целительные волны желтого цвета.

Теперь мысленно поблагодарите сначала желтый цвет за его живительную силу, а затем и внутренний источник, подаривший вам это ощущение.

Как только вы почувствуете, что пора прервать медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние. Прислушайтесь к своему дыханию, охватите взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим вас миром.

Если в дальнейшем вы будете регулярно вызывать в памяти ощущение очистительной силы желтого цвета, его действие окажется таким же эффективным.

4. Зеленый цвет

Это цвет природы символ циклического обновления человека и мира, умирающих и рождающихся вновь. Поэтому зеленый цвет является прекрасным средством для восстановления и регенерации организма. Поскольку, зеленый цвет находится в середине спектра, между теплыми и холодными цветами, его воздействие носит одновременно освежающий» успокаивающий характер. Зеленый цвет как бы соединяет психический и физический уровни.

Корреспондирующие органы: нервы, мышцы, кости, сухожилия, ферменты и гормоны.

В лечебной медитации зеленый цвет:

- оказывает освежающее и одновременно успокаивающее действие на организм, проявляя антисептические свойства;
- укрепляет мышцы и ткани;
- оказывает стимулирующее действие на гипофиз;
- является прекрасным успокаивающим средством при хронических заболеваниях.

Медитация «Успокоиться и привести себя в равновесие»

После предварительного настроя на медитацию сконцентрируйтесь на зеленом цвете, визуальным выражением которого может стать бассейн, наполненный до краев водорослями изумрудно-зеленого цвета.

Вам захочется слиться с этим успокаивающим цветом, поэтому не теряйте времени и полностью погружайтесь в эту купель зеленого цвета.

Глубоко вдохните и почувствуйте, как энергия зеленого цвета пронзает вас в середине груди, чуть ниже сердца. Отсюда зеленый туман распространяется по всему вашему телу, достигая самых потаенных мест и наполняя тело спокойствием и миром.

Зеленый поток очищает ваши почки, а с ними и весь организм от вредных веществ, гармонизирует функцию органов пищеварения, успокаивает и упорядочивает дыхание.

Вне вашего тела зеленый цвет действует на кожу как ласковое прикосновение. Вас охватывает приятное ощущение свежести, которое успокаивает и одновременно бодрит.

Это чувство пронизывает все энергетические центры организма и попадает в мозг. Теперь успокаивающая зеленая энергия циркулирует по всему вашему телу сверху вниз.

Это ваше существо вибрирует в волнах зеленого цвета.

Попытайтесь на какое-то время удержать это состояние и прислушайтесь к себе, чтобы определить, в какие еще части вашего организма следует направить целительные волны зеленого цвета.

Теперь мысленно поблагодарите сначала зеленый цвет за его живительную силу, а затем и внутренний источник, подаривший вам это ощущение.

Как только вы почувствуете, что пора прервать медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние.

Прислушайтесь к своему дыханию, охватите взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим

вас миром.

Если в дальнейшем вы будете регулярно вызывать в памяти ощущение успокоения и гармонии, подаренное вам зеленым цветом, его действие будет таким же эффективным.

5. Голубой цвет

Голубой цвет ассоциируется с состоянием полного покоя, поэтому он оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему. При необходимости можно снизить давление, уменьшить частоту пульса и дыхания, чтобы восстановить организм и иметь возможность зарядить его новой энергией.

Корреспондирующие органы: нервы, гортань, область придатков, глаза, уши, нос.

В лечебной медитации голубой цвет:

- успокаивает боли, оказывает освежающее и сосудосуживающее действие,
- подавляет воспалительные процессы, оказывает антисептическое и жаропонижающее действие,
- благотворно влияет при нервно-психических расстройствах, усталости и бессоннице.

Медитация «Почувствовать облегчающую прохладу и освежиться»

После предварительной подготовки к медитации сфокусируйте свое внимание на голубом цвете, представив его в виде абсолютно чистого высокого неба. Пусть этот цвет прольется на вас в виде голубого луча.

Теперь сконцентрируйтесь на своей макушке. Глубоко вдохните и почувствуйте, как одновременно с вдохом голубой луч входит в вас через макушку.

Голубая энергия медленно растекается по вашему телу, и по мере ее продвижения исчезают нервозность и беспокойство. Замедляется ритм сердца, голубой цвет дарит вам равновесие и гармонию.

Голубые частицы проникают в каждую клетку вашего организма, и вы чувствуете, как утихает боль, как спадает напряжение, как прохладное

дыхание голубого света освежает вас.

Попытайтесь на какое-то время удержать это состояние и прислушайтесь к себе, чтобы определить, в какие еще части вашего организма следует направить целительные волны голубого цвета. Теперь мысленно поблагодарите сначала голубой цвет за его живительную силу, а затем и внутренний источник, подаривший вам это ощущение.

Как только вы почувствуете, что пора прекратить медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние. Прислушайтесь к своему дыханию, охватите взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим вас миром.

Если в дальнейшем вы будете регулярно вызывать в памяти ощущение прохладной и освежающей энергии голубого цвета, его действие окажется таким же эффективным.

6. Синий цвет

Это темно-голубой цвет с небольшой добавкой красного.

Синий цвет обладает теми же свойствами, что и голубой. Следует отметить, что синий цвет можно выбрать для лечебной медитации в том случае, если вы хотите посредством более интенсивного оттенка усилить проникающую способность и свойства голубого цвета. Это особенно актуально для психосоматики, и поэтому синий цвет используется, прежде всего против соматических недугов, возникающих на почве различных неврозов.

Корреспондирующие органы: органы дыхания, нервная система, щитовидная железа, миндалины, слепая кишка.

В лечебной медитации синий цвет:

- оказывает положительное воздействие на органы дыхания, поэтому особенно эффективен при бронхите, воспалении легких и астме;
- регулирует деятельность щитовидной железы;
- уменьшает воспалительные процессы в слепой кишке (при аппендиците) и миндалинах, способствует остановке кровотечений, быстрому рубцеванию

и заживлению ран, оказывает обезболивающее действие при всевозможных болях.

Медитация «Помочь себе вылечиться»

После подготовки к медитации сконцентрируйте свое внимание на синем цвете. Представьте, что сверху справа на вас направлен голубой луч, а сверху слева – красно-фиолетовый, которые, проходя через вашу голову, сливаются в один синий луч.

Теперь сфокусируйтесь на своей макушке и почувствуйте, как мягкая и в то же время мощная энергия синего луча начинает постепенно проникать в ваше тело.

Вы дышите ровно, и, подчиняясь ритму дыхания, частицы синего цвета распространяются по всему вашему телу.

Сначала синий цвет проникает в ваш мозг, затем в горло. Пройдя грудь, синий цвет опускается к тазу и оттуда устремляется к ногам. При этом он непрерывно укрепляет ткани вашего организма, мускулы, очищает кровь.

Спадает нервное напряжение, утихают, а затем и полностью исчезают боли. Вы чувствуете себя прекрасно. Все клетки вашего тела заполнены синим цветом.

Попытайтесь на какое-то время удержать это состояние и прислушайтесь к себе, чтобы определить, в какие еще части вашего организма следует направить целительные волны синего цвета.

Теперь мысленно поблагодарите сначала синий цвет за его живительную силу, а затем и внутренний источник, даровавший вам это ощущение. Как только вы почувствуете, что настало время прервать медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние. Прислушайтесь к своему дыханию, окиньте взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим миром.

Если в дальнейшем вы будете регулярно вызывать в памяти ощущение лечебной силы синего цвета, его действие будет таким же эффективным,

7. Фиолетовый цвет

Этот цвет представляет собой смесь голубого и красного, поэтому воплощает в себе взаимосвязь покоя и движения. В лечебной цветомедитации используются его успокаивающие и одновременно очищающие и укрепляющие свойства. Особенно благоприятно действует фиолетовый цвет на истощенную нервную систему. Кроме того, фиолетовый цвет занимает особое место во внешней энергетической оболочке человека.

Корреспондирующие органы: нервы, железы, прежде всего гипофиз; лимфатическая система.

В лечебной медитация фиолетовый цвет:

- снижает температуру, уменьшает боли;
- оказывает благотворное воздействие на человека при «сломе» биологических ритмов, а также при бессоннице, мигренях и депрессиях.

Медитация «Восстановить и изменить себя»

После подготовки к медитации сфокусируйте свое внимание на фиолетовом цвете, образным выражением которого может быть шелковая подушка интенсивно-фиолетового цвета, на которой лежит крупный аметист.

Погрузитесь взором в это фиолетовое сияние. Позвольте себе некоторое время насладиться красотой фиолетовых лучей, которые несут в себе одновременно спокойствие и огромную силу, рождают в вас чувство доверия, заставляют чувствовать себя полным сил.

Глубоко вдохните и представьте, как одновременно со вдохом фиолетовый луч проникает в ваше тело через макушку. Фиолетовый цвет заполняет голову, устраняя боли, если они есть, и приводит в порядок мысли.

Далее фиолетовый свет проходит в затылочную область и горло, снимая всевозможные напряжения.

Постепенно он спускается в грудную клетку и полностью заполняет ее. В вас рождается ощущение спокойствия и свободы. Однако это не просто чувство физического расслабления. Благодаря энергии фиолетового цвета вы уже не придаете такого значения, как раньше, физическому недомоганию.

Дышите равномерно и почувствуйте, как в такт вашему дыханию

фиолетовый цвет распространяется далее по всему телу. Он помогает вам избавиться от чувства тяжести, стимулирует вашу нервную систему, наполняет вас силой и мужеством, рождая ощущение бесстрашия и миролюбия одновременно. Вы уже способны в какой-то мере дистанцироваться от своих физических проблем. Если вы сейчас подумаете о своей болезни или боли, то поймете, что причина физического недомогания заключается не только в вашем теле и что вы сами являетесь чем-то большим, чем это тело.

Состояние глубокого внутреннего покоя переходит постепенно в чувство всеохватывающей любви. Подумайте в этот момент прежде всего о любви к самому себе и к своему телу.

Фиолетовый цвет струится по рукам и ногам, вызывая приятное покалывание, и вот уже все ваше тело погрузилось в фиолетовый поток, омывающий вас снаружи и изнутри.

Попытайтесь на какое-то время удержать это состояние и прислушайтесь к себе, чтобы определить, в какие еще части вашего организма следует направить целительные волны фиолетового цвета. Теперь мысленно поблагодарите сначала фиолетовый цвет за его живительную силу, а затем и внутренний источник, подаривший вам это ощущение.

Как только вы почувствуете, что пора прервать медитацию, медленно вернитесь в обычное состояние. Прислушайтесь к своему дыханию, охватите взором окружающие вас предметы. Насладитесь ощущением гармонии с самим собой и с окружающим вас миром.

Если в дальнейшем вы будете регулярно вызывать в памяти ощущение восстановления и перерождения, подаренное энергией фиолетового цвета, его действие будет таким же эффективным.

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ

Никто точно не знает, как именно действуют медитационные методики. Тем не менее, достаточно глубокое понимание этой проблемы было

достигнуто посредством изучения общего звена, присущего всем формам медитации – объекта, предназначенного для концентрации внимания. Такой стимул, предназначенный для «сосредоточения», видимо, является принципиальной характеристикой медитативного процесса [Бенсон и др.].

Роль объекта для концентрации, по-видимому, в том, чтобы дать возможность интуитивному, неэгоцентрическому типу мышления (который соотносят с активностью неокортекса правого полушария) занять в сознании доминирующее место – место, которое обычно занимает аналитический эгоцентрический тип мышления (соотносимый с активностью левого полушария). Объект для концентрации, очевидно, обеспечивает возможность такого сдвига путем монополизации нервной активности левого полушария, что позволяет правому полушарию стать доминантным [Давидсон и др.]. Объект для концентрации может монополизировать активность левого полушария, вовлекая его в какую-либо монотонную деятельность (например, сосредоточение на мантре, дыхании или на определенных позах). Кроме этого, объект для концентрации может приводить к состоянию перегруженности и фрустрации левого полушария. Это происходит в том случае, когда медитирующий размышляет над внешне парадоксальной проблемой (как в дзен) или когда он занят интенсивной физической деятельностью, как это практикуется суфистами («танцующими дервишами»), последователями тантризма или, возможно, американскими энтузиастами бега трусцой.

Когда объект для концентрации используется эффективно, характер процесса обработки информации мозгом изменяется. «Когда рациональный (аналитический) ум затихает, интуитивный путь приводит к исключительному познанию» [Капра, 1975]. Это познание является целью всех медитативных методик, практикуемых их приверженцами.

Это состояние «исключительного познания» называли по-разному. На Востоке оно называется «нирваной» или «сатори». В вольном переводе эти слова звучат как «просветление». Можно перевести их также как «истинное

сознание» или «осознание Бытия». В прежние времена те немногие люди на Западе, которые были хорошо знакомы с этим состоянием, называли его «сверхсознанием» или «космическим сознанием». Все больше современных исследований содержат попытки изучения нейрофизиологии при состоянии сверхсознания. Пока результаты этих нейрофизиологических исследований не являются вполне определенными. Данные более ранних работ свидетельствуют в пользу того, что в состоянии сверхсознания на электроэнцефалограмме уменьшается частота волн с одновременным увеличением их амплитуды. Как это уже упоминалось, недавние нейрофизиологические исследования медитационного процесса указывают, на переход при медитации доминирующей роли от левого полушария головного мозга к правому [Давидсон и др.]. При окончательном анализе, возможно, мы обнаружим, что это состояние является результатом понижения активности неокортекса в доминирующем правом полушарии.

Важно подчеркнуть, что медитация и достижение состояния сверхсознания не всегда являются одним и тем же!

Пациент должен понять, что медитация представляет собой *процесс*, или набор методик, которые используются медитирующим для достижения желаемой *цели* – состояния сверхсознания.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СОСТОЯНИЯ СВЕРХСОЗНАНИЯ

Как упоминалось выше, присущее состоянию сверхсознания «исключительное познание» является желаемой целью для посвященных в любые типы медитации. Однако как клинический психолог (психолог), так и пациент должны понимать, что никогда нельзя быть уверенным в достижении этого состояния и что оно не каждый раз достигается даже человеком с большим опытом медитации. Поэтому возникает вопрос: если медитирующий не может достигнуть состояния сверхсознания, не является ли время, посвященное медитационной практике, затраченным впустую? Ответ на этот вопрос только один – нет! Положительный терапевтический эффект может быть получен без достижения конечного состояния сверхсознания.

Основанием для этого утверждения является существование нескольких «терапевтических критериев», присущих процессу медитации и указывающих на приближение к состоянию сверхсознания. Шапиро (1978) рассматривает пять этапов медитации, а именно:

- 1) затрудненное дыхание,
- 2) спутанное мышление,
- 3) релаксация,
- 4) отстраненное наблюдение
- 5) высшее состояние сознания.

Рассмотрим стадии, наблюдаемые в медитационном процессе.

Первая и самая фундаментальная *стадия* относится к самому факту начала медитативной практики. Даже древние индуистские дзенские писания, посвященные медитации, указывают, что гораздо более важна попытка достижения состояния сверхсознания, чем действительное его достижение. Для специалиста, живущего в двадцатом столетии, должно быть ясно, что пациент, затрачивая время на медитацию, предпринимает тем самым сознательное усилие, направленное на улучшение своего здоровья. Такая позиция является, по своему определению, противоположностью того поведенческого стиля, который приводит пациента к чрезмерному стрессу. Точно так же, подчеркивание важности самого акта медитации, а не достижения состояния сверхсознания позволяет снять у больного большую часть соревновательного, ориентированного на достижение успеха компонента этого процесса.

Второй вехой на пути к сверхсознанию является возникновение состояния более выраженной *релаксации*. На этом этапе пациент самостоятельно вызывает у себя трофотропное состояние релаксации. Оно представляет собой состояние бодрствования, характеризующееся гипометаболическим функционированием организма, описанным в литературе [Бенсон, 1975]. Это состояние обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что:

1) организм достигает состояния, близкого ко сну по своему восстановительному потенциалу, или превосходит его [Фарроу, 1978];

2) снижается аффективная проприоцептивная импульсация, вызванная эрготропной стимуляцией [Давидсон, 1976].

Третьей вехой на пути к сверхсознанию является *отстраненное наблюдение* [Шапиро, 1978]. В священных индийских книгах это описывается как состояние, при котором медитирующий, наблюдая окружающую его среду, остается «покоящимся в себе зрителем». Это состояние представляет собой безличное пассивное состояние наблюдения, при котором медитирующий просто «сосуществует» с окружением, а не противостоит ему, пытаясь подчинить себе. Это неаналитическое, интуитивное состояние. Похожим ощущением, которое испытывали многие, является и «автодорожный гипноз». Это состояние часто испытывают водители на монотонных скоростных автомагистралях. В какой-то момент они замечают, что находятся на развилке 6, а в следующий момент—уже на развилке 16, хотя совершенно не помнят о 10 промежуточных перекрестках. Многие называют такое состояние «сном наяву». Важно отметить, что водитель совершенно не утрачивает способности управлять автомобилем; это состояние не является сном. Если возникает критическая ситуация, водитель сможет отреагировать на нее соответствующим образом. Специалист, следовательно, должен объяснить, что такое состояние не является ни летаргическим, ни абсолютно пассивным (что является основным поводом для беспокойства многих пациентов).

Последней ступенью медитативного опыта является «*состояние сверхсознания*». Это состояние, по-видимому, включает в себя все предыдущие состояния, отличаясь, однако, большей интенсивностью переживания. Давидсон (1976) характеризует его природу следующим образом:

1. Хорошее настроение (спокойствие, умиротворенность).

2. Ощущение единства с окружением: то, что древние называли союзом

микрокосма (человека) с макрокосмом (вселенная).

3. Непередаваемость ощущений.
4. 4.Изменение пространственно-временных соотношении.
5. 5.Обострившееся восприятие реальности и смысла окружающего.
6. Парадоксальность, т. е. принятие вещей, которые кажутся парадоксальными обыденному сознанию.

Поскольку специалист будет засыпан вопросами относительно природы медитативных переживаний пациента, мы в целях лучшего понимания разместим все типичные переживания вдоль оси континуума (см. рис. 3)

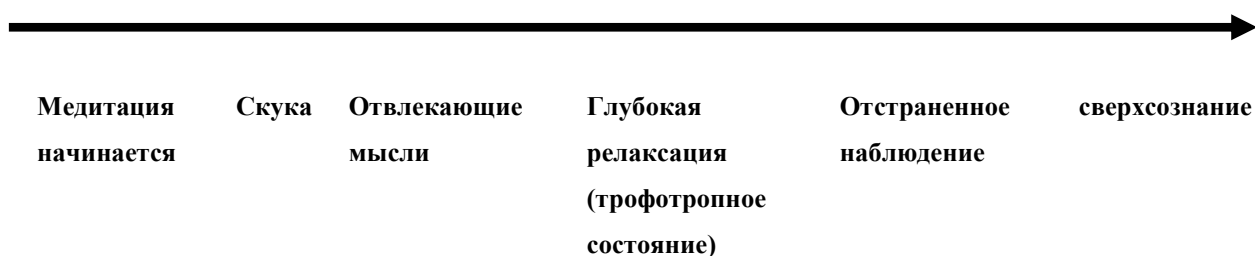


Рисунок 3 . Медитационный континуум

Этот континуум медитативных переживаний не носит характера постепенного движения от одного дискретного состояния к другому. Медитирующий может перескочить от любого состояния к любому другому и обратно. С другой стороны, переживания в рамках каждого из состояний могут варьировать по степени глубины. Отметим, что скука и отвлекающие мысли часто предшествуют более положительным эффектам. Клинический психолог должен объяснить пациенту, что это является вполне естественным и что они должны быть терпеливыми в таких случаях и просто смещать внимание обратно к объекту концентрации.

Медитирующего необходимо отучить от *оценки* медитативных сеансов, так как такой подход вводит в действие парадигму успеха – неуспеха. Бывают полезны просто описательные рассказы пациента о его переживаниях, для того чтобы можно было проследить за его активностью в период от двух до трех недель. Пациент может вести дневник, если только он носит

описательный, а не оценочный характер.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАНИЙ И ЭФФЕКТОВ МЕДИТАЦИИ

Адекватно контролируемых научных исследований эффективности медитации в настоящее время существует [Шапиро и др. 1978]. Тем не менее, имеющиеся работы с относительно хорошо подобранным контролем свидетельствуют о потенциально широком спектре показаний к медитации для терапии стрессогенных состояний. Например, медитативные техники с использованием мантр оказались эффективными:

1. При лечении генерализованного автономного возбуждения и чрезмерного эрготропного тонуса [Бенсон и др., 1974].
2. При лечении тревожных состояний и невроза тревоги [Хенсон и др.].
3. При лечении фобий [Бондреа, 1972].
4. Для усиления «самоактуализации» и «позитивного психического здоровья» [Эммонс и др., 1978].
5. Как вспомогательное средство при лечении наркомании и алкоголизма [Бенсон и др., 1975].
6. Как вспомогательное средство при лечении эссенциальной гипертензии [Бенсон и др., 1974].

Для того чтобы объективно определить терапевтическую эффективность медитации, нельзя допустить, чтобы низкое качество многих из ранних исследований и клинических сообщений, а также несколько коммерческий оттенок, который приобрела медитация, отрицательно повлияли на оценку этого метода. Хотя и очевидно, что клиническое применение медитации нуждается в дальнейшей валидации, очевидно, что перечисленные выше попытки использования медитации, а также носящее предварительный характер обоснование ее терапевтического действия свидетельствуют в пользу применения этого метода в клинике [Каррингтон, 1977].

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИТАЦИИ

Подготовка к работе. В дополнение к общим мерам предосторожности при использовании релаксации необходимо следующее:

1. Определить, имеются ли у пациента какие-либо противопоказания к применению медитации. Например, при наличии аффективного психоза или психоза с идеаторными расстройствами состояние больного может обостриться в результате использования медитации. Специалист должен также обратить особое внимание на больных, проявляющих тенденцию к непсихотическому фантазированию, свойственную, например, личностям шизоидного типа. Необходимо отметить, что некоторым индивидам с поведенческим типом А и компульсивностью, по-видимому, труднее обучиться релаксации по сравнению с менее компульсивными лицами. Скука и отвлекающие мысли мешают им медитировать.

2. Расспросить больного о том, есть ли у него какие-либо знания или опыт относительно медитации. Необходимо уделить особое внимание упоминанию о культовых или религиозных аспектах медитации. Эти ошибочные представления о медитации часто беспокоят пациентов. Некоторые думают, что медитация является кощунственным актом.

3. Дать больному общее представление о медитации.

4. Рассказать пациенту о соответствующем окружении для медитации.

Компоненты медитации. В своей книге «Реакция релаксации» Бенсон описывает четыре компонента, способствующие успешной медитации:

1. Спокойное окружение.

2. Приспособление, облегчающее концентрацию.

3. Пассивная установка.

4. Удобная поза.

Первое условие – это *спокойное окружение* – отсутствие внешних стимулов, могущих помешать медитационному процессу. Многие пациенты будут уверять, что такое место невозможно найти. Если это так, то

необходимо проявить некоторую изобретательность. Пациент может использовать какую-либо музыку или имитационные записи для «маскировки» отвлекающих моментов. В лабораторных экспериментах обнаружено, что ровное гудение вентилятора или кондиционера представляет собой эффективный маскирующий шум. Ровный шум низкой или умеренной силы действительно может оказать релаксирующее воздействие. Если такой возможности нет, пациент может завязать глаза и (*или*) использовать затычки для ушей с целью снижения уровня внешней стимуляции.

Вторым условием (в случае физически пассивной медитации) является *удобная поза*. Индусы предпочитают позу «лотос», японцы сидят на пятках. Для них эти позы хороши, поскольку они усвоены ими еще в детстве, но западному человеку в возрасте за тридцать они могут показаться достаточно трудными, а вызываемая ими физическая боль способна отвлечь от медитации. Знайте, что можно прекрасно медитировать просто сидя на стуле. На чем бы вы ни сидели, держите спину прямо. Это не означает, что вы сможете полностью выпрямить позвоночник, поскольку он имеет естественные изгибы. Однако не горбитесь. Сбалансируйте свое тело, сядьте удобно. Ноги на полу. Кисти рук лежат свободно на коленях или, если вы предпочитаете, сложены подобно двум чашам, вложенным друг в друга (в индийской традиции правая – активная – рука располагается снизу, левая – сверху; у левшей наоборот). Большие пальцы соприкасаются, как бы замыкая электрическую цепь.

Мышечное напряжение может мешать процессу медитации. В начале обучения пациент должен находиться в таком положении, когда большая часть веса его тела имеет опору. Важным исключением являются голова и шея. Если держать спину выпрямленной, а голову и шею без опоры, то это поддерживает мышечное напряжение, достаточное для того, чтобы предотвратить засыпание пациента. Если больной все же засыпает во время медитации, необходимо использовать позу, требующую большего мышечного напряжения.

Третьим условием является наличие *объекта концентрации*. Этот компонент представляет собой связующее звено между всеми формами медитации (даже физически активными методами), как упоминалось выше. Приспособление для сосредоточения, по-видимому, дает возможность мозгу изменить свой обычный способ функционирования.

Четвертым условием является *пассивная установка*. Эту установку некоторые называли «пассивной волей» или «пассивным вниманием». Бенсон (1975) утверждает, что такая «пассивная установка является, возможно, самым важным элементом».

Имея такую установку, пациент «позволяет» возникнуть медитативному процессу, вместо того чтобы стремиться контролировать его. Согласно формулировке Гренспана (1979), «Пациент может начать побеждать, лишь прекратив свое сопротивление и позволив... процессу развиваться».

Если больной не способен принять такую установку, то он будет задавать вопросы:

«Правильно ли я это делаю?» – что обычно указывает на озабоченность внешним выполнением медитации;

«Сколько времени это займет?» – что говорит, как правило, об озабоченности относительно времени;

«Что является показателем хорошего освоения?» – это обычно свидетельствует о сосредоточенности пациента на внешних результатах, а не на самом процессе.

«Должен ли я стараться запомнить все, что чувствую?» – что обычно указывает на чрезмерно аналитический подход. Чем больше пациент размышляет над такими вопросами, тем менее успешной будет его деятельность. Отвлекающие мысли являются совершенно нормальным компонентом медитационного процесса и их появления следует ожидать. Однако принятие пассивной установки позволит пациенту распознавать отвлекающие мысли и просто возвращать внимание на объекте

концентрации. Прекрасное описание пассивной установки можно найти в работе Эрик Пепер (1976).

Пятым и последним условием, является *психофизиологическая восприимчивость окружающей среды*. Под этим понимается ряд внутренних психофизиологических условий, наличие которых дает возможность пациенту медитировать. Отмечено, например, что попытки медитации у больных с высоким уровнем психофизиологического возбуждения бывают крайне неэффективны. Поэтому является необходимым обучить пациентов приводить себя в более «восприимчивое состояние» для медитации (это применимо также для биообратной связи, гипноза и метода направляемого воображения). Для достижения этого состояния пациент может использовать несколько приемов нервно-мышечной релаксации для уменьшения избыточного мышечного напряжения. Также рекомендовано больным принять горячую ванну перед медитацией. В некоторых случаях пациенты сообщали о достижении хорошего успеха в медитации, когда они медитировали сидя в горячей ванне.

Таким образом, было обнаружено, что мало кем упоминаемое условие психофизиологической восприимчивости является критической переменной в клинической работе. Поэтому расширяется медитативный континуум (см. рис.4), включивший этот параметр.

(+) (-)

Возбуждение

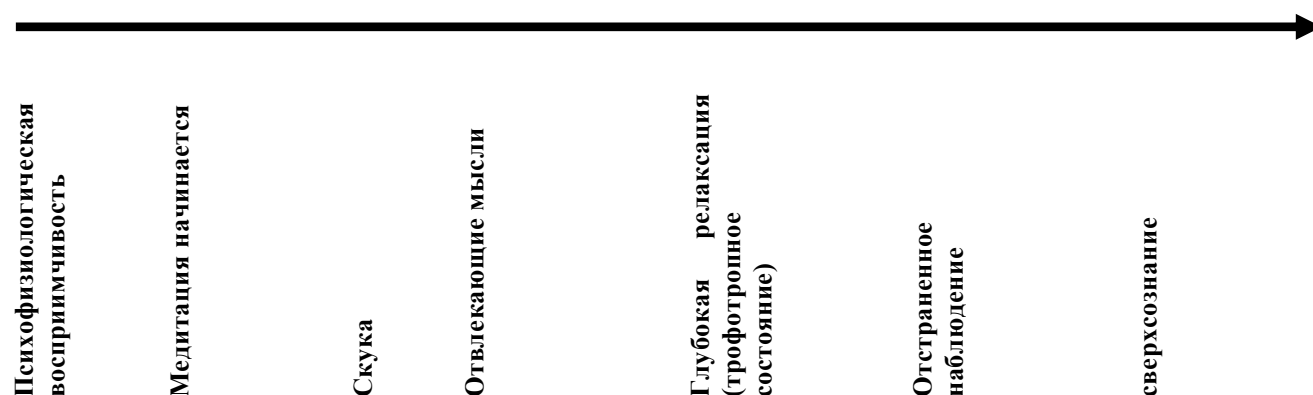


Рисунок 4. Континуум «возбуждение – медитация»

ОБРАЗЕЦ ПРОТОКОЛА

Этот протокол записан в форме устного обращения непосредственно к пациенту для физически пассивной формы медитации с использованием мантры.

Вводная информация: Цель этих инструкций заключается в том, чтобы ознакомить Вас с использованием медитации для снижения уровня стресса в Вашей жизни. Эти инструкции включают общее введение и конкретные указания по использованию четырех медитативных методик, из которых Вы можете выбрать наиболее подходящие для Вас. Впоследствии Вы, возможно, захотите внести частичные изменения в методику, в соответствии с ситуацией или Вашими личными наклонностями, но на начальной стадии обучения Вы должны выполнять все упражнения точно по инструкции. Когда Вы выберете одну из медитативных методик, пользуйтесь ею в соответствии с инструкцией в течение 10–15 мин (не прерываясь) один или два раза в день.

Некоторые люди, незнакомые с природой и происхождением медитации, путают медитацию и конкретные формы ее использования. Приведенные здесь способы медитации представляют собой сочетание приемов, заимствованных из древневосточной философии, с современными релаксационными и снижающими стресс методиками. Хотя некоторыми из этих способов пользовались в рамках специфических религии, утверждение, что медитация представляет собой религиозный обычай, равносильно тому, что вино является религиозным средством только из-за того, что во многих религиях оно используется для церемоний. Медитация – это способ успокоения разума, являющийся необходимой предпосылкой уменьшения тревоги и напряжения.

Как уже указывалось, спокойствие рассудка само по себе является конечной целью. То, как Вы пользуетесь этим драгоценным искусством, зависит, конечно, только от Вас.

Теоретические и практические основы медитации часто понимают

неправильно, поскольку нелегко определить само понятие медитации. Медитация – не физиологическое состояние. Оно не является также каким-то особым психологическим состоянием. В данном контексте медитация понимается скорее как определенная методика. Она носит настолько базисный характер, что встречается во все времена, во всех культурах, расах, религиях и идеологиях. Физиологические, психологические и философские цели медитации не могут быть достигнуты без тренировки, а овладеть медитативными приемами невозможно иначе, как путем постоянных упражнений.

Хотя существует множество форм медитации, наиболее популярные на Западе методы происходят от обычаев, характерных для старинной культуры Йоги и Дзен. Каждый тип медитации отличается по своим целям и методике. Те, что представлены здесь, считаются наиболее пригодными для снижения уровня стресса. Им легко научиться и они в наибольшей степени свободны от культовых, религиозных и церковных оттенков. Набор этих методик достаточно полный и может вполне удовлетворить потребность в медитации; его можно также использовать как введение к другим, более специфическим формам.

Существует несколько основных правил, которым Вы должны следовать, обучаясь медитации.

Прежде всего, необходимо найти спокойную обстановку, лишенную как внешних, так и внутренних раздражителей. Очень важно иметь (особенно в процессе обучения) тихую комнату, отгороженную от тех, кто в данный момент не медитирует. Снимите трубку с телефонного аппарата или, по крайней мере, выберите комнату без телефона. Вообще сделайте все, что можно, для уменьшения внешних шумов. Если Вы не можете совсем избавиться от шума, как это обычно бывает в многонаселенном доме, общежитии и т. д., пользуйтесь затычками для ушей. Поставьте пластинку или включите магнитофонную запись с тихой инструментальной музыкой, или же используйте любую из многочисленных имеющихся в продаже записей,

имитирующих различные природные шумы. Даже ровный гул вентилятора или кондиционера может эффективно приглушить или замаскировать внешний шум. Вы можете также уменьшить или совсем выключить освещение в комнате. Теперь, когда Вы уже сделали внешнюю среду более спокойной, следующий важный шаг должен заключаться в обеспечении спокойствия Вашей внутренней среды. Один из способов состоит в уменьшении мышечного напряжения, которое является одним из самых серьезных препятствий для успешной медитации. Затратьте некоторое время на то, чтобы расслабить Ваши мышцы. Один из способов снижения мышечного напряжения заключается в том, чтобы сесть поудобнее. Возможно, что Вы не ощутите себя на самом деле медитирующим, если не сядете в восточную позу лотоса (со скрещенными ногами); эта поза, однако требует значительной гибкости и определенной тренировки. А сейчас сядьте удобно на пол или лучше в удобное кресло с прямой спинкой, ступни на полу, ноги не перекрещены, руки покоятся на бедрах, ладони полуоткрыты, пальцы рук не сцеплены. Вы должны сидеть спокойно, но помните, что медитация – это не транс. Если испытываете неудобство или слишком большое напряжение где-нибудь – подвигайтесь. Если Вы ощущаете легкий зуд, то можно это место почесать. Не следует принимать жесткую неподвижную позу. Расслабьтесь. Чтобы не заснуть, лучше не принимать положения лежа и не давать опоры голове. Держите голову, шею и спину по одной вертикальной линии. Для поддержания такой позы необходимо незначительное мышечное напряжение, достаточное в то же время для того, чтобы не заснуть, и создающее оптимальную позу для обучения медитации.

Есть много видов медитации. Некоторые из них обращены к внутренним силам, внутренней энергии, самосознанию. Другие – к внешним предметам, таким, как слова, свет или звуки. Медитация – это простой естественный процесс. И хотя методология может быть различной, суть ее остается той же. Основа медитации включает пассивную концентрацию на некоторых стимулах, будь то слово, образ, собственное дыхание или вообще

ничто. Такой раздражитель действует как средство, отводящее, отвлекающее мысли из Вашей головы. Однако, чем сильнее вы сосредотачиваетесь на стимуле, тем труднее медитировать. Хотя это утверждение кажется парадоксальным, оно тем не менее верно так как медитация представляет собой «пассивную активность». Вы должны позволить себе пассивно взаимодействовать с раздражителем, каким бы он ни был. Вы должны научиться пассивно сосредоточиваться на стимуле. Искусство пассивной концентрации требует времени для своего развития, поэтому не надо отчаиваться, если Вам будет трудно в течение первых нескольких недель. Просто продолжайте заниматься.

Инструкция: Теперь Вы готовы к получению настоящей инструкции. Сначала закройте глаза. Обратите внимание на наступившее в результате этого успокоение. Большая часть сенсорной информации поступает к нам через зрение. Простым закрытием глаз Вы можете в значительной степени успокоить свой ум.

Использование концентрации на дыхании: Сейчас мы займемся очищением ума. Не от всех забот, но от преходящих мыслей, которые, воздействуя на воображение, увеличивают стрессовое возбуждение. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Переключите внимание с беспокойного внешнего мира к спокойному и умиротворенному внутреннему миру.

Вдыхая, подумайте: «вдох». Выдохните. Подумайте: «выдох». Вдох, выдох. Концентрируйте внимание на своем дыхании. Думайте: «вдох», «выдох». Вдохните через нос и без всякого усилия дайте воздуху выйти через рот. Просто откройте рот и дайте воздуху выйти. Не форсируйте выдох. Вы поглощены процессом дыхания. Концентрируйтесь на своем дыхании. Вдох, выдох. Теперь каждый раз, когда Вы вдыхаете, ощущайте вдыхаемый Вами холодный воздух, а каждый раз, когда выдыхаете, ощущайте, какой он теплый и влажный. Начинайте, пожалуйста (пауза 60 с).

Применение методики «раз»: Теперь мы поменяем концентрацию на дыхании на использование мантры. Мантра—это вспомогательное средство,

обычно слово или фраза. Это просто вспомогательное средство, способствующее тому, чтобы Ваш разум не затерялся в собственных фантазиях. Примером мантры, предлагаемой Herbert Benson в его книге «Реакция релаксации» является слово «раз» (р-а-з). Это легкое слово, без культового смысла, имеющее небольшое значение как исчисляемое. Каждый раз, когда Вы выдыхаете, произносите про себя слово «раз». Скажите: «раз», «раз». Скажите тихо: «раз». Произнесите слово, не двигая губами. Произнесите его еще тише, пока оно не станет просто мыслью (здесь пауза 75 с).

Использование методики «ом»: Слово «раз» представляет собой образец мантры. Способ, помогающий очищению ума. При концентрации на слове, не обладающем значением или эмоциональным содержанием, характер деятельности Вашего мозга начинает меняться. Рассудок приходит в более спокойное, более утонченное состояние сознания. Многие люди любят использовать слова древнего санскрита, чувствуя, что они произносят мелодичные звуки, имеющие духовное содержание, которые также могут применяться как объект концентрации. Универсальной мантрой является слово «ом» (по буквам:о-м), что тоже означает «один». Каждый раз, когда Вы выдыхаете, произносите слово «ом», «ом». Дышите спокойно, как Вы дышите обычно, но теперь не концентрируйтесь на дыхании. Повторите мантру в уме. Просто произносите ее мысленно. Не надо двигать губами. Просто подумайте о ней. Не концентрируйтесь на дыхании. Дайте мантре самой повторяться в Вашем уме. Не прилагайте к этому усилий. Просто пусть она как-бы «переливается». Постепенно мантра начнет стираться в Вашем уме. Рассудок станет спокойным. Время от времени это спокойствие может нарушаться отрывочными мыслями. Дайте им пройти. Ощущайте их, потом, посредством возвращения к мантре, дайте им уйти из Вашего ума так же быстро, как они вошли в него. Давайте сейчас попробуем использовать слово «ом» в качестве мантры. Произнесите слово «ом», «ом» (пауза 75 с). Помните, мантра—это средство, чтобы помочь очищению разума, когда Вы не можете сделать это

самостоятельно. Помните также, что Вы должны свести движения к минимуму, однако, если почувствуете неудобство, подвигайтесь. Если Вас беспокоит, который сейчас час, взгляните на часы. Чувство дискомфорта или тревоги мешает Вам достичь состояния полного расслабления.

Использование счета: Последняя мантра, которую Вы можете взять на вооружение, если окажется, что Ваши мысли слишком блуждают, требует немного большей концентрации по сравнению с тремя предыдущими методиками.

Выдыхая, ведите обратный счет от 10 до 1. Каждый раз, когда Вы выдыхаете, произносите одно число. Когда Вы произносите это число, постарайтесь представить его «внутренним взором». Когда Вы дойдете до 1, считайте до 10, а затем начните все снова. Приступайте, пожалуйста (здесь пауза 3 мин).

Переход к бодрствованию: Сейчас я хочу вернуть Вам внимание к себе и к окружающему миру. Я буду считать от 1 до 10. С каждым счетом вы будете чувствовать, что Ваш разум все более и более пробуждается, а Ваше тело становится все более освеженным. Когда я досчитаю до 10, Вы откроете глаза и ощутите себя лучше, чем когда бы то ни было сегодня. Вы почувствуете себя бодрым, освежившимся, полным энергии и готовым к возобновлению Вашей деятельности. Итак, начнем:

1–2–Вы начинаете чувствовать себя бодрее; 3–4–5–Вы все более и более пробуждаетесь; 6–7–теперь пошевелите ступнями и кистями; 8–пошевелите руками и ногами; 9–10–сейчас откройте глаза! Вы чувствуете себя бодрым, пробудившимся, Ваш ум ясен и тело освежилось».

Прочитав представленные материалы, можно заметить следующие особенности.

1. Пациенту было дано четыре разных мантры на выбор. Такая «свобода выбора» может увеличить клиническую эффективность метода. Важно узнать у пациента, какая мантра и почему была для него самой лучшей. Задавание подобных вопросов способствует совершенствованию

интроспекции и самоанализа у пациента.

2. 2. Описание медитации содержит пункт «переход к бодрствованию», как и инструкция для нервно-мышечной релаксации.
3. Специалист должен указать пациенту, когда ему следует медитировать, достаточно заниматься один или два раза в день; продолжительность каждого сеанса 15–20 мин. Как и при нервно-мышечной релаксации, лучшее время для медитации – перед вторым завтраком или до обеда, но и утренние занятия могут дать заряд бодрости на весь последующий день.

ВЫВОДЫ

В этой теме было предложено к обсуждению использование медитации при лечении хронического стресса, также представлен в качестве образца протокол.

На основе клинических наблюдений и исследовательской работы, дополняющих данные литературы, можно сделать вывод, что специфический процесс медитации может быть очень эффективным терапевтическим подходом при чрезмерном стрессе.

Здесь, однако, остро встает проблема: какие конкретные формы медитации лучше всего подходят для тех или иных индивидов? Этим объясняется желание дать (см. протокол), по меньшей мере, четыре различные разновидности мантр. Предлагая пациенту несколько медитативных методик, можно заметить, что лечение станет более эффективным по сравнению с теми случаями, когда обучали больных только одной форме медитации.

В целом, наилучшие результаты будут получены в тех случаях, когда пациенты применяли до начала медитации несколько приемов нервно-мышечной релаксации. Этот факт привел к формированию понятия «психологической восприимчивости к медитации».

Возможно, самая трудная задача специалиста при использовании медитации как лечебного средства заключается в устранении мистических, культовых и религиозных наслоений, окружающих этот чрезвычайно ценный

терапевтический инструмент. В конечном счете именно специалист должен оценить целесообразность применения медитации в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

И в заключение перечислим **опасности и иллюзии**, с которыми может столкнуться на своем пути занимающийся медитацией.

- *Обмануться и пойти по ложному пути, приняв за цель медитации ее частые побочные следствия: видения, наблюдение особых свечений, ощущение в себе «сил».* Преследование этих ложных целей потенциально опасно.
- *Хвалиться этими своими состояниями перед другими.* Возможно, вы знаете, что люди, которые мучают вас разговорами вроде: «В понедельник у меня было самое значительное переживание из всех, какие я когда-либо испытал... и ля-ля-ля-ля-ля», эти люди обманываются в отношении своих медитативных успехов, не говоря уже о том, что они нестерпимо скучны.
- *Закоснеть в приверженности одному-единственному «правильному» способу медитирования* (на самом деле каждый человек должен найти свой путь, выбрать свою технику, наиболее отвечающую его потребностям).
- *Ожидать чудесных превращений немедленно.* Изменения постепенны и едва уловимы, так что ваши друзья, вероятно, заметят их раньше, чем вы сами.
- *Перескакивать с одного метода на другой, стремясь испробовать весь арсенал медитативных техник за слишком короткий срок.* За какую бы технику вы ни взялись, практикуйтесь в ней не менее трех-четырех недель.
- *Запустить работу и другие свои обязанности.*
- *Очень «стараться» при медитировании.* В голове возникает внутренний диалог и не дает медитации осуществиться. Известен случай, когда одна такая горе-медитатор до того боялась что-либо упустить и так истово

пыталась медитировать «успешно», что внезапно обнаружила, как повторяла про себя: «Грудь поднимается, грудь опускается!»

- Одна из величайших опасностей – это опасность *быть сбитым с пути учителем– гуру*. В наше время появилось так много людей, которые учат других медитации, или достижению просветления, что специалисты настоятельно советуют остерегаться тех учителей, или гуру, которые:

1) назначают высокую плату за занятия и/или объявляют о своих необычайных способностях. «Ни один истинный учитель медитации не возьмет ни гроша за свои уроки. Ни один истинный учитель не заявит сам и не позволит заявлять от его имени никому другому о каких бы то ни было своих сверхъестественных возможностях или достижениях», – говорит Хамфрис, в течение многих лет возглавляющий Буддийское общество в Лондоне;

2) находятся в плохих отношениях с людьми, играющими важную роль в их жизни; убеждены в том, что их путь является единственно верным, и дурно отзываются о других гуру;

3) наслаждаются чувством собственной значимости, тем, что они гуру и у них есть ученики;

4) говорят вам, что передают некое тайное знание, предназначенное исключительно для посвященных (поскольку сочли вас достойным такой чести), и берут с вас клятву хранить его в тайне. На самом деле все эзотерические знания содержатся в книгах, доступных тем, кто захочет их прочесть;

5) пытаются сделать вас зависимым от них самих и от их советов. ХОРОШИЙ учитель – тот, который укрепляет вашу способность принимать решения самостоятельно и помогает вам найти внутреннего гуру в самом себе;

6) объявляют, что постигли все-все. Нет конца учению, нет точки, где можно остановиться; поэтому найдите такого учителя, который знает и признает, что он все еще учится. (Словосочетание «совершенный учитель» –

это семантический нонсенс.) По словам Рамана Махариши, истинный гуру «не видит никакой разницы между собой и другими и совершенно свободен» от мысли, что он Просветленный, или Освободившийся, в то время как окружающие томятся в оковах рабства или темноте невежества».

Мы убеждены: то, что К. Г. Юнг называл «тенью», имеет обратную сторону в коллективном бессознательном каждого из нас. Это – Лучистость, или сияющая сторона человека. Если вы не соприкасаетесь с собственной добротой, состраданием, альтруизмом и всем прочим хорошим в себе, то вы будете проецировать эти качества на ближайшего кандидата в святые. Таким образом, вы можете произвести самых заурядных людей и даже жуликов в святые и гуру.

Вряд ли человек может распознать Лучистость в другом, если сам не обладает ею хоть в какой-то мере. Поэтому в завершение предлагаем следующее упражнение.

Упражнение «Усиление Лучистости»

Войдите в особое состояние сознания.

Представьте себе кого-нибудь, кем вы восхищаетесь, кого почитаете, идеализируете.

Каковы его наиболее замечательные черты?

Вспомните какие-нибудь случаи, когда его поведение было особенно альтруистическим, особенно отвечало вашему представлению о святости.

А теперь «примерьте» на себя эти черты и это поведение. Насколько они вам впору? В какой степени вы обладаете подобными качествами?

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СУБСИНДРОМ СТРЕССА

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ УСИЛЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНО-ЗАЩИТНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ СТРЕССЕ

Если взглянуть на не подчиненные прямым влияниям воли человека вегетативные процессы, оценивая их сопряженность с психическими, то можно увидеть три типа взаимоотношений вегетатики с психикой (см. рис. 5).

- 1) Вегетатика «обслуживает» психическую сферу. Психические процессы базируются на физиологических механизмах. При этом психика как бы «управляет» вегетатикой. Их взаимодействие призвано обеспечивать оптимальный режим психической деятельности.
- 2) В некоторых случаях, в частности при стрессе, вегетатика может принимать на себя функции, которые с определенным допущением можно расценивать не только как «обслуживание» психических процессов, но и как «управление» ими.

Например, в сильную жару происходит выбрасывание из организма с мочой многих активаторов мышечной и психической активности; у людей возникает чувство мышечной слабости, апатия, нежелание двигаться. Известно, что уменьшение объема движений способствует защите организма от перегрева. В данном случае обеспечение оптимального, т. е. минимального, объема и интенсивности движений происходит за счет снижения мышечной силы и желания двигаться, за счет возникновения апатии.

Можно привести много примеров участия вегетативных механизмов в регуляции поведения. Следует заметить, что высшая власть «воли и сознания» человека в регуляции своего поведения даже в критических ситуациях, при стрессе, сохраняется. Вопрос в том, в какой степени человек сможет воспользоваться этой «властью», т. е. насколько он знает, что ему надо делать в тех или иных экстремальных условиях, насколько он умеет это делать и насколько социальное окружение поможет ему в трудную минуту подчинить свое поведение воле и разуму.

- 3) Вегетатика может выполнять защитные функции: при стрессе они могут резко усиливаться, становясь весьма заметными для субъекта и для окружающих; в ожидании опасности, т. е. превентивно, могут усиливаться – или иные, иногда многие формы защитной вегетативной активности.

2. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНЫХ

ВЕГЕТАТИВНЫХ РЕАКЦИЙ

Какова же взаимосвязь поведения и защитной вегетативной активности при стрессе, а также индивидуальные особенности защитных вегетативных реакций? В первых же исследованиях острого стресса в невесомости было обнаружено, что у испытуемых, которые реагировали на экстремальный фактор снижением активности поведения (пассивное эмоционально-двигательное реагирование), одновременно возникали своеобразные пространственные иллюзии. Таким людям казалось, что сила тяжести не исчезает, как это происходило в действительности, а начинает действовать в противоположном направлении, т. е. возникает «тяга вверх», человека будто бы тянут туда, куда обращено его темя. Эта иллюзия была интерпретирована как результат ряда процессов, в частности актуализации в сознании противообраза исчезнувшего действия силы тяжести. Было непонятно, почему повторение режимов невесомости вызывало негативные ощущения по типу морской болезни только у людей этой группы. У лиц с активными эмоционально-двигательными реакциями при кратковременной невесомости таких ощущений не наблюдалось. Было предложено следующее объяснение этого феномена: ситуация, порождающая иллюзорное представление о «тяге вверх», тогда как тела человека не касаются никакие предметы, представляется ему невозможной (на неосознаваемом уровне). В фило- и онтогенетической памяти субъекта, естественно, нет программы защитного поведения, адекватного невозможной ситуации. Наличие значимого сигнала требует реагирования на него, отсутствие специфических программ защитного поведения препятствует выбору из фило- и онтогенетически опробованных реакций подходящей случаю формы поведенческого реагирования. Тем не менее защитное реагирование осуществляется. Это прежде всего отказ от какого-либо активного поведения, т. е. пассивное эмоционально-двигательное реагирование. Оно, как указывалось, характеризует людей, отнесенных ко второй группе.

Пассивное реагирование – это не пассивный отдых. Оно приводит к

расходу адаптационных резервов, что требует если не поведенческих, то каких-то иных форм активной защиты. Поэтому спустя некоторое время вместо «выключенной» поведенческой активности включается вегетативная защитная активность. *Она возникает и тогда, когда имеется лишь опасность еще не начавшего действовать вредоносного фактора.* В таком случае она *превентивно-защитная*.

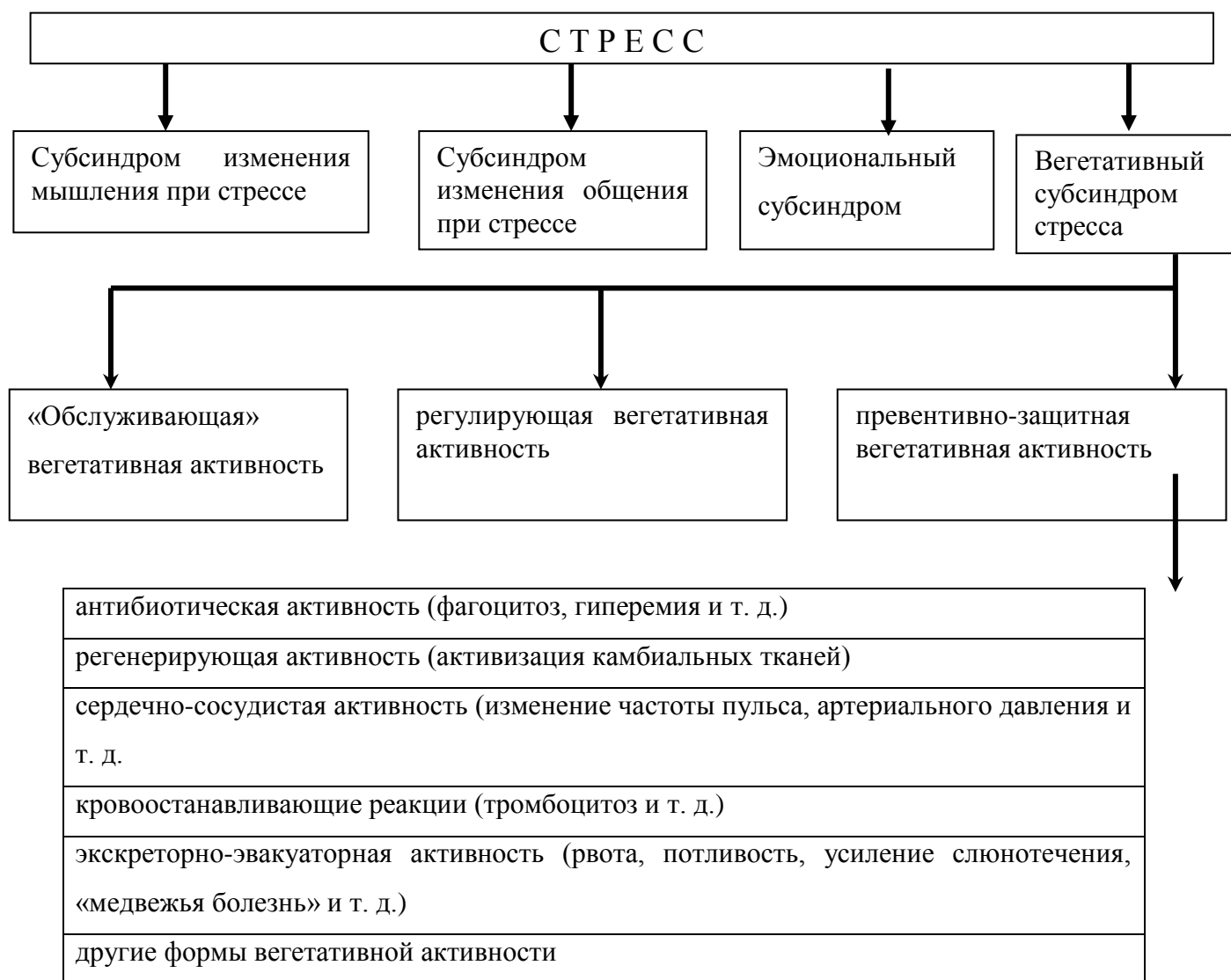


Рисунок 5. Схема развития вегетативного субсиндрома стресса

Можно привести ряд примеров того, как явления, невероятные с позиции личного опыта (вид необычного уродства, расчлененного человеческого тела, неожиданный сильный грохот, надвигающаяся неясная опасность и т. п.), могут вызвать рвоту, холодный пот, непроизвольное мочеиспускание и другие виды стрессогенной превентивно-защитной

вегетативной активности.

Выше указывалось, что кратковременный стрессор вызывает пассивное поведенческое реагирование (первичное) и сопровождающую его вегетативную защитную активность только у части популяции (у другой ее части возникает стрессовая активизация поведения). В отличие от этого длительный непрерывный или прерывистый стрессор практически у всех людей, на которых он действует, вызывает пассивное поведенческое реагирование (вторичное), также сопровождающееся симптомами активизации вегетативной защиты. Как первичное, так и вторичное пассивное поведение формируется при субъективной невозможности текущей ситуации. Если в первом случае информация о такой невозможности порождается отсутствием в фило-и онтогенетическом опыте субъекта прецедентов столкновения со стрессорами, аналогичными действующему в текущий момент, то во втором случае происхождение сигналов о невозможности ситуации иное.

Для анализа возникновения этой информации рассмотрим изменения при повторяющихся стрессорах (при экстремальной монотонии) комплекса активного реагирования на одиночный стрессор (см. выше). Этот комплекс, т. е. защитная реакция (действие), призван, условно говоря, не допускать повторного возникновения экстремального воздействия. При монотонной стимуляции каждый новый экстремальный стимул вновь вызывает «включение» такого комплекса. В результате оказывается, что при непрекращающейся экстремальной стимуляции эти защитные комплексы активного реагирования не предотвращают повторного поступления стрессогенных стимулов. Накапливается информация (как правило, неосознаваемая) о неэффективности использования в качестве защиты той формы активного эмоционально-двигательного реагирования, которая реализуется при каждом комплексе. Ситуация с одиночным стимулом, воспринимаемая (на неосознаваемом уровне) как определенная и возможная, т. е. понятная субъекту, оказывается при монотонной стимуляции

невозможной с позиции фило- и онтогенетического опыта, как бы непонятной. Результат этого – «дискредитация» программ активного реагирования и замена его пассивным реагированием. Этот процесс усугубляется, если последующий стимул действует до завершения «комплекса» активного реагирования на предыдущий стимул. Это препятствует завершению «комплекса», деформируя и разрушая его экстатическую фазу, что в свою очередь нарушает восстановление физиологического и психологического гомеостаза.

Экстремальный стимул – это первичный стрессогенный фактор. Накопление информации о неуспешности комплексов активного реагирования и о незавершенности гомеостатических процессов становится вторичным экстремальным, стрессогенным фактором. Усиливается мобилизация глубоких адаптационных резервов и перестройка «функциональной системности» организма. При этом на смену более специализированной двигательной, поведенческой адаптационной активности приходит усиление вегетативной активности с широким «фронтом защиты». Имевшееся в начале развития стресса доминирование эмоционального субсиндрома стресса сменяется доминированием вегетативного субсиндрома.

ФОРМЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ПРЕВЕНТИВНО-ЗАЩИТНОЙ АКТИВНОСТИ

При длительном действии прерывистого стрессора были прослежены различные формы вегетативной превентивно-защитной активности. Каковы эти формы? Почему их можно назвать защитными?

В отличие от защитного поведения (агрессии или бегства), которое у человека в той или иной мере сознательно нацелено на удаление конкретного вредоносного фактора, вегетативная защита, непосредственно не контролируемая сознанием, не может иметь такой нацеленности. Это в некоторой степени компенсируется «многоканальностью» вегетативной защиты, набором защитных реакций «на всякий случай». Рассмотрим

следующую гипотетическую структуру возникновения основных форм таких реакций.

Усиление экскреторно-эвакуаторной защитной функции. Допустим, в интегративных центрах нервной системы, на неосознаваемом уровне актуализуется концепт того, что неясная опасность – это яды, проникшие в организм, или токсические метаболиты. Решение: их надо выбросить. Результат: усиление экскреции жидкости из организма и эвакуация из его полостей. Возрастают пото-, слюно-, мочевыделение. Увеличивается секреция желез слизистой оболочки желудка и кишечника. Содержимое последних выбрасывается благодаря антиперистальтике желудка, двенадцатиперстной кишки и усилению перистальтики толстого кишечника и прямой кишки. Возникают тошнота, рвота и «медвежья болезнь».

Усиление гемоциркулярной функции. Концептуальная модель: неясная опасность может стать ясной и потребовать перехода от пассивного переживания к активному бегству или нападению. Решение: превентивно усилить кровоснабжение органов и тканей организма. Результат: учащение и усиление сердцебиения, повышение артериального давления и т. п. Происходит усиление антигеморрагической функции, так как неясная пока опасность может привести к ранению и кровотечению: повышается свертываемость крови, возрастает число тромбоцитов и т. д.

Усиление регенераторной функции. Не исключена опасность нарушения целостности тела субъекта и кровопотери. Возрастает активность камбиальных (ростковых) тканей, увеличивается число эритроцитов и других форменных элементов крови. Усиливаются антимикробная потенция. На случай опасного инфицирования организма увеличивается продукция форменных элементов белой крови, может резко возрасть температура тела и т. д.

Как указывалось, при остром стрессе только у части из числа обследованных обнаружены превентивно-защитные вегетативные реакции, тогда как при длительном (прерывистом) стрессе такие реакции возникали

практически у всех испытуемых. Важным является то, что при длительном стрессе эти реакции были разными у тех, кто при остром стрессе отличался пассивным эмоционально-двигательным реагированием, и у тех, у кого было активное-поведенческое реагирование. При длительном гравито-инерционном дистрессе для первых было характерно общее повышение артериального давления, рвота и резкое увеличение пото-, слюно-, а иногда и мочевыделения, т. е. тотальное усиление экскреторно-эвакуаторной функции и т. д. У вторых имели место повышение давления в центральной артерии сетчатки глаза (т. е. реакции церебральных сосудов) и стенокардические явления (реакция сердечных сосудов) при неизменности общего артериального давления, а также симптомы гиперацидной секреции желудка при отсутствии общей экскреторно-эвакуаторной реакции и т. д. Это можно расценивать как локальные проявления вегетативных реакций, защитных только в своей тотальной форме и теряющих свой защитный модус в локальной форме.

Если же стрессор вызывал острое чувство ответственности (например, при посещении высокопоставленным руководителем), то выраженность дистресса первоначально уменьшалась, однако сразу после такого посещения, происходило резкое возрастание выраженности симптомов дистресса, имевшихся до такого кратковременного эмоционального стрессора.

Кратковременное эмоциональное, эротически окрашенное переживание также уменьшало выраженность симптомов длительного стресса. Дополнительные сенсорные нагрузки в виде быстрого увеличения освещенности визуального поля практически у всех испытуемых вызывали резкое ухудшение самочувствия, и в какой-то степени непроизвольные эмоциональные реакции, как правило, в виде произнесения междометий, ругательств, выражающих протест. Подобных реакций не было при аналогичных воздействиях при отсутствии у испытуемых симптомов дистресса.

ТИПЫ ДИНАМИКИ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ СТРЕССЕ

Длительными научными исследованиями в области невесомости было выявлено, что у всех обследуемых при ухудшении самочувствия, снижалась и психическая и двигательная активность, что говорит в пользу «первичности» вегетативных реакций и их управляющего влияния при стрессе на поведение и некоторые показатели психических процессов испытуемых. Таким образом, были выявлены три типа динамики при стрессе вегетативных функций:

- 1) «обслуживающих» развитие при стрессе психических феноменов,
- 2) «управляющих» этими феноменами, а также
- 3) «превентивно-защитных» в ситуации угрозы стрессогенного фактора.

Первые сохраняют свой эффект, пока они необходимы. Вторые редуцируются в случае отсутствия агента, против которого они потенциально направлены. Третьи активируются, когда эмоциональная поведенческая активность субъекта может воспрепятствовать оптимально-экономному расходованию при стрессе адаптационных резервов. Вероятно, локальная спастическая реакция сосудов возникает при длительном «стрессе жизни». Допустимо предположить, что различные подобные локальные реакции оказываются предшественниками болезней стресса: ишемической и гипертонической болезнью, язвенной болезни желудочно-кишечного тракта и т. д. Именно подобные локальные вегетативные стрессогенные реакции могут явиться звеном в цепочке перехода стресса в болезнь. Общее (тотальное) повышение артериального давления, усиливающего кровоснабжение мозга и мышц, могло бы способствовать успеху агрессии или бегства. Локальное повышение кровяного давления только в сосудах слизистой оболочки желудка не способствует успеху защитного поведения. Более того, результатом таких локальных сосудо-суживающих реакций могут быть инсульт, инфаркт миокарда, точечные кровоизлияния в слизистую желудка и другие губительные для субъекта явления.

Почему, вернее, зачем происходят эти зловещие проявления стресса? Для анализа причин этого феномена коротко повторим основные вехи отличий стресса у людей с активным и пассивным поведенческим реагированием в экстремальных условиях. При активном эмоционально-двигательном защитном (или агрессивном) стрессовом реагировании субъекта формируется (неосознаваемо или осознанно) концептуальная модель развития ситуации с высокой вероятностью того, что стресс-фактор может быть удален прежде, чем исчерпаются адаптационные резервы организма. При пассивном ожидании того, что стрессор исчезает, с высокой вероятностью принимается то, что уровень адаптационных резервов организма ниже необходимого для победы над стрессором. Поэтому принимается режим выжидания того момента, когда стрессор минимизируется. Это способствует экономии адаптационных ресурсов. Таким образом, достигается относительное «уменьшение» стрессора за счет адаптации к нему. При остром стрессе сохранение популяции возможно за счет особей как с активной, так и с пассивной поведенческой защитой от стрессора. Отбор продолжателей, носителей генофонда при этом происходит за счет губительного действия стрессора, т. е. за счет внешних по отношению к организму воздействий, которым организм не может противопоставить необходимую адаптацию или защиту. При длительном (прерывистом) стрессоре пассивное поведенческое реагирование и вместе с ним превентивно-защитная активизация вегетатики наблюдались практически у всех испытуемых. Такая форма защиты – более надежный путь к освобождению от стрессора, когда неизвестны или невозможны активные способы борьбы с ним. И тут оказывается, что индивиды, более склонные к пассивно-защитному поведению при сильном стрессоре (т. е. в некотором смысле менее целесообразно реагировавшие в таких условиях), оказываются быстрее приспособляющимися к длительному (прерывистому) стрессору: болезненные проявления (симптомы) длительного дистресса у них хоть и более манифестированы, но менее субъективно неприятны, меньше снижают работоспособность.

Можно предположить, что в данном случае проявляется один из основных законов биологического развития, закон экономии биологических ресурсов, лежащий в основе феномена индивидуальных различий живых организмов. В данном случае одни индивиды оказываются наделенными большей способностью активно, быстро преодолевать сильнодействующие экстремальные факторы, другие более успешны в переживании неблагоприятных условий, которые могут затянуться.

Работами Фридмана и Розенмана было показано, что «человек типа А постоянно стремится выполнить слишком много или участвовать в слишком многих событиях за то количество времени, которое на это отведено... Поскольку он многократно создает такие непреодолимые преграды, он подвергает себя более или менее непрерывному давлению времени. Эта самотирания составляет суть поведения человека типа А: «Наполнять жизнь непреодолимыми преградами и исключать все очарования жизни – это самая ужасная форма самонаказания». Люди типа А («сизифов тип», «стресс – коронарный тип») прямопротивоположны по складу людям типа Б, они значительно больше подвержены «болезням стресса», в частности в 6–8 раз чаще погибают от инфаркта миокарда, чем лица, относимые к типу Б.

Современное индустриальное общество создает условия для дифференциации людей по их склонностям и проявлениям на людей типа А и типа Б. Человек часто оказывается в условиях, когда он еще до окончания одного задания знает о необходимости выполнения следующего задания и т. д. Спеша его выполнить, он лишает себя времени и условий для переживания радости по поводу окончания первого задания, а затем по поводу каждого очередного. Индивиды типа А более склонны активно входить в такой режим работы, режим жизнедеятельности, когда они оказываются систематически лишены фазы «торжества победы». Вместе с тем люди этого типа больше нуждаются в ее переживании каждый раз после завершения фазы активной деятельности (преодоления трудностей, выполнения задания и т. п.) Лица типа Б менее склонны поддаваться давлению режима деятельности,

лишающего их периодов позитивно-эмоционального переживания успеха окончания каждого цикла работы. Они менее чувствительны к такому лишению. В результате у индивидов типа А больше, чем у типа Б, накапливается информации об отсутствии обязательно после каждого завершенного действия или работы «торжества победы». Парадоксальным является то, что не у представителей типа Б, а именно у людей типа А, часто более деятельных, энергичных, более успешных в делах, которые поэтому больше «тянут» на себе работы и справляются с ней, в частности, за счет того, что отказывают себе в отдыхе, – именно у таких людей больше накапливается информации (может быть, неосознаваемой ими) об их якобы неуспешности. Так, надо полагать, интерпретируется информация о биологическом уровне интеграции, о систематическом отсутствии «торжества победы», вопреки усилиям по ее достижению. Как правило, эта цепь событий не осмысливается субъектом. Однако, накапливаясь, подобная информация может вызвать у него чувство эмоционального дискомфорта, депрессивные проявления, может привести и к осознанию частой неуспешности своих действий как причине дискомфорта.

Таким образом, действие длительного (многократного, монотонного) стрессора может вызывать у индивидов типа А, весьма способных к преодолению сильных кратковременных стрессоров, неблагоприятные для их организма вегетативные реакции. Эти реакции – локальные проявления вегетативной стрессовой активности (имеющей защитное значение в своем тотальном проявлении). Эти неблагоприятные, а часто губительные для организма реакции, скорее всего, возникли в ходе биологической эволюции животного мира. Они проявляются (реализуются) при длительных экстремальных ситуациях для «освобождения» популяции от особей, хронически неуспешных в своих действиях. Включаются эти губительные для особи (для индивида) локальные вегетативные реакции сигналами (вторичными) о накоплении сигналов (первичных) о регулярном отсутствии фазы «торжества победы», которая нормально должна завершать цикл

деятельности (защитного) поведения (комплекс активного реагирования).

С точки зрения изложенной гипотезы, современной наукой могут быть объяснены некоторые неясные до настоящего времени симптомы стресса. Г. Селье пишет: «Механизм, посредством которого стресс вызывает язвы желудочно-кишечного тракта, также мало понятен». Современные отечественные ученые (Л.А. Китаев-Смык) предполагают, что петехиальные кровоизлияния в слизистой оболочке желудка, впоследствии изъязвляющиеся, не имеют существенного защитно-адаптивного значения для организма (за исключением того, что их наличие ухудшает аппетит, что может быть иногда полезным при патологических и предпатологических состояниях). Вместе с тем эта патологическая стрессовая реакция в животном мире, видимо, целесообразна для «выбраковки» менее жизнеспособных членов популяции.

Указанные проявления дистресса возникают вследствие локальных сосудистых спазмов, приводящих к локальным дистрофиям слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, которые усугубляются локальной экскреторной реакцией (только в желудке или только в двенадцатиперстной кишке). Неблагоприятную для организма роль выполняют при стрессе и другие локальные проявления защитных вегетативных реакций: локальный спазм сосудов внутренних органов (может привести к инфаркту сердечной мышцы, легких, печени, селезенки и т. д.), локальная гиперплазия ткани (доброкачественная или злокачественная опухоль) и т. д.

Клинические наблюдения указывают на то, что во многих случаях (далеко не всегда) психосоматические больные гипертонической болезнью не заболевают язвенной болезнью желудка, а «язвенники» отличаются невысоким артериальным давлением. Э. Гельгорн и Дж. Луфборроу, указывающие на эту закономерность, отмечают, что она связана с «генетической конституцией», люди первого типа – симпатикотоники, второго типа – ваготоники. Является ли столь разноплановая дифференциация больных на «гипертоников» и «язвенников» проявлением какого-то единого

функционального процесса? Напрашивается аналогия указанной дифференциации и деления людей: одних – склонных к тотальным, других – к локальным вегетативным проявлениям дистресса. Ответ на такой вопрос – дело будущего. Между тем ответ на него чрезвычайно важен в связи с ростом «болезней стресса», среди которых одни протекают по типу тотальных реакций, другие проявляются в виде локальных поражений.

Можно подразделять локальные стрессовые вегетативные реакции на экскреторные (гиперацидная секреция слизистой желудка и т. п.), эргатические (спазм сосудов и т. п.), дистрофические (экзема, атрофия десен и т. п.), воспалительные (наружные, локализующиеся в кожных покровах, и внутренние, во внутриорганизменных органах и тканях) и т. д. Подробному описанию таких реакций посвящена обширная медицинская литература. К сожалению, ее авторы часто игнорируют анализ роли психологических факторов в возникновении указанных выше локальных вегетативных патогенных реакций. Не учитывается психическое состояние, имевшееся перед началом болезненных реакций и в ходе заболевания. Такой недоучет психических стрессогенных, патогенных факторов уменьшает «прицельность» и эффективность лечебных мероприятий. Учитывать роль психики в развитии болезней, в том числе тех, которые отнесены сейчас в разряд «болезней стресса», призывали многие выдающиеся представители медицины: Пирогов, Захарьин, Боткин, Ланг, Бурденко, Мясников и др.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ СТРЕССА

В последнее время система взглядов на стресс получила широкое распространение среди ученых и специалистов разных областей знаний. Интерес к этой проблеме вызван резкими изменениями экологических условий жизни человека и животных, вызванными интенсификацией производственных процессов, урбанизацией, а также ростом так называемых болезней стресса.

В современном мире стресс стал характерным состоянием не только для людей, но и для животных. Они испытывают его сразу при появлении на свет и продолжают испытывать до самой смерти. С развитием цивилизации последствия стрессовых воздействий на организм не только не уменьшаются, но расширяются и усугубляются. Посвященная стрессу литература исчисляется десятками тысяч названий. Только в США и Канаде открыты и функционируют более 20 центров по изучению стресса, создан Международный институт стресса. Между тем общепринятого определения этого понятия до сих пор нет.

Еще в 1926 г. Ганс Селье обратил внимание на то, что у пациентов, страдающих различными заболеваниями, обнаруживается ряд общих симптомов: потеря аппетита, мышечная слабость, повышенное артериальное давление, снижение мотивации и др. Эти наблюдения послужили ему основанием для определения стресса как «совокупности всех неспецифических изменений (внутри организма), функциональных или органических» (Селье, 1956). Позже, в 1974 г., он писал, что стресс – это «неспецифическая реакция организма на любое требование извне».

Несмотря на то что данное определение было принято основной частью работающих в этой области ученых, и его не миновала критика. Больше всего критиковался аспект «неспецифических реакций». В частности, один из пионеров изучения стресса в Советском Союзе П. Д. Горизонтов (1981) писал, что неспецифические реакции могут быть крайне разнообразными и возникать в виде головной боли, лихорадки, воспаления, невроза, охранительного торможения, парабиоза, шока и т. д. и что каждая из них имеет свои характерные особенности возникновения, течения и различное биологическое значение, поэтому автор возражает против целесообразности включения вышеупомянутых неспецифических реакций в понятие стресса. То, что паттерны физиологических и психологических реакций зависят от раздражителя и от индивидуальных особенностей организма, отмечается и другими исследователями (Мэйсон

1976, Эверли, 1978).

Критический анализ различных сторон концепции Г. Селье дан в многочисленных работах советских ученых: П. Д. Горизонтова (1960, 1963), Г. И. Косицкого, В. М. Смирнова (1960), И. Р. Петрова (1962), П. К. Анохина (1962). И. А. Аршавского (1976), А. В. Вальдмана (1976). М. И. Митюшова, В. Г. Шаляпиной (1976), К. И. Погодаева (1976), Ф. И. Фурдуй и соавт. (1976, 1980, 1982). Б. Е. Мельника, М. С. Каханы (1981), Л. А. Китаева-Смыка (1983), С. Х. Хайдарлиу (1984), Ф. И. Фурдуй (1986) и др.

Неопределенность первоначальной концепции стресса и неоднократные попытки уточнить ее, предпринятые самим Селье, видимо, и послужили основанием для многих других ученых дать свои формулировки.

В определении стресса прослеживаются три подхода. В первую очередь, стресс рассматривается как зависимая переменная, как каждый ответ организма на любое действие окружающей среды. Сюда, кроме вышеприведенных взглядов Г. Селье, относятся концепции Levi и Kagan (1971), Levi (1973, 1974) и ряда советских ученых. В частности, ведущие советские ученые в области стресса П. Д. Горизонтов (1981) и Г. Н. Кассиль (1983) понимают под стрессом «общую адаптивную реакцию организма, развивающуюся в ответ на угрозу нарушения гомеостаза, общую неспецифическую неадаптивную реакцию, возникающую в организме в условиях, угрожающих нарушению гомеостаза». В. В. Суворова (1975) рассматривает стресс как «функциональное состояние организма, возникающее в результате внешнего отрицательного воздействия на его психические функции, нервные процессы или деятельность периферических органов».

Значительная же часть ученых обходит стороной конкретное определение стресса как состояния организма, его диагностические параметры. Они указывают главным образом на его биологическое значение, роль в жизни организма. Так, М. И. Митюшов и В. Г. Шаляпина (1976) понимают под стрессом процесс мобилизации защитных сил

организма, то есть начальный этап управления приспособительными процессами. А. Л. Виру (1979, 1980) рассматривает стресс как состояние организма, характеризующееся развертыванием механизма общей адаптации, чем обеспечивается положительный фон для обеспечения специфических гомеостатических реакций и мобилизации защитных способностей организма. С. Х. Хайдарлиу (1984) считает, что стресс-синдром представляет собой неспецифический компонент реакции адаптации, обеспечивающий привлечение энергетических и пластических резервов для осуществления специфической адаптационной перестройки систем организма. К. И. Погодаев (1976) определяет стресс как состояние напряжения или перенапряжения процессов метаболической адаптации головного мозга, ведущих к защите или повреждению организма на разных уровнях его организации посредством единых нервно-гуморальных и внутриклеточных механизмов регуляции.

К этой же категории определения стресса следует отнести и концепцию Т. Кокса (1981), согласно которой стресс является «феноменом осознания, возникающим при сравнении между требованием, предъявляемым к личности, и ее способностью справиться с этим требованием. Отсутствие равновесия в этом механизме при необходимости справиться с требованием вызывает возникновение стресса и ответную реакцию на него».

Третья группа ученых вообще не видит различия между стрессом и другими реакциями организма. Например, Вигас (1980) предложил определить стресс как выработавшуюся в ходе филогенеза реакцию организма на действие агентов, действительно или символически сигнализирующих об опасности нарушения его целостности. М. Ковальчикова и Н.Ковальчик (1978) понимают под стрессом состояние, в котором находится живая система при мобилизации защитных или восстановительных механизмов, прибегающая к ним в ответ на действие неспецифических стимулов из окружающей среды.

Неточность терминологического определения понятия стресса значительно затрудняет раскрытие механизмов его развития и разработку эффективных способов профилактики вредных последствий стресса. Вот почему вопрос определения стресса активно обсуждался на всесоюзных симпозиумах, проходивших в Кишиневе в 1973 («Стресс и его патогенетические механизмы»), 1978 («Стресс и адаптация») и 1984 годах («Стресс, адаптация и функциональные нарушения»). Это позволило выдвинуть относительно более приемлемое определение: «Стресс – это совокупность неспецифических реакций организма в ответ на действие чрезвычайных раздражителей различной природы и характера, вызывающих «напряжение» функции органов и систем и обеспечивающих мобилизацию организма в целях его адаптации или поддержания гомеостаза» (Фурдуй Ф. И., 1980). Однако и оно претерпело дальнейшие уточнения.

Одним словом, дать универсальное определение стресса, которое удовлетворяло бы специалистов разных областей знаний, оказалось делом весьма сложным и на сегодняшний день не осуществленным.

В настоящее время нет еще удовлетворительной классификации стрессовых реакций и их признаков (как морфологических, так и физиологических), которая была бы принята большинством исследователей. Теоретически число систем классификации типов стресса не ограничено. Но любая классификация должна основываться на определенных критериях. Существующие классификации по непосредственным причинам, вызывающим стресс (химический, механический, половой, температурный и др.), по интенсивности воздействия и т. п. не обоснованы хотя бы потому, что они противоречат самому понятию стресса, предполагающему стандартные, неспецифические реакции на действия раздражителей различного характера и природы.

Для более детального анализа явлений стресса в природных условиях (Фурдуй Ф. И., 1980) была предложена классификация в зависимости от

уровня организации животных (в эволюционном аспекте):

I. Одноклеточные животные.

Все их реакции на действие чрезвычайных раздражителей являются стрессовыми.

II. Многоклеточные животные:

1) без нервной системы. В их реакциях на воздействия внешней среды возникают отдельные специфические компоненты;

2) с диффузной нервной системой. Хотя чрезвычайные воздействия и вызывают общую реакцию всего организма, проявляется также доля специфических компонентов;

3) с дифференцированным строением нервной системы и недостаточно развитым эндокринным аппаратом. В ответной реакции неспецифические и специфические компоненты представлены приблизительно в равных соотношениях;

4) с дифференцированным строением нервной системы и достаточно развитым эндокринным аппаратом. В общей ответной реакции организма на чрезвычайные воздействия преобладают специфические компоненты. Стрессовая реакция больше всего выражена в начале действия стрессора;

5) человек. Неспецифические реакции проявляются только при действии на организм экстремальных факторов, а их доля в общей ответной реакции организма весьма незначительна. Характерен социальный стресс.

Исходя из наличия в явлениях стресса врожденных элементов, а также приобретенных в течение индивидуальной жизни, стрессовые реакции можно подразделить на четыре типа:

- индивидуальные, возникшие в процессе жизни организма, например приобретенные в индивидуальном опыте реакции высшей нервной деятельности на символический смысл воздействия у человека;
- видовые, например, из двух видов гидр – *Hydra pirardi* и *H. pseudoligactis* – только у первого можно добиться

«напряжения» сокращения тела при механическом раздражении и при действии других раздражителей, в частности света;

- популяционные, возникающие в процессе резкого изменения условий среды, где обитает популяция;
- зооценотические, то есть реакции различных групп животных, находящихся в определенных взаимосвязях.

В зависимости от уровня протекания реакции, стресс может быть молекулярным, клеточным, организменным, популяционным, биоценотическим.

Проводимые в последние годы исследования по выяснению механизма развития стресса показали, что, хотя его симптоматика весьма однообразна, патогенез различен и в значительной степени определяется характером чрезвычайного воздействия и функциональным состоянием различных систем организма (Фурдуй Ф. И. и соавт., 1977, 1978, 1979. 1980). Это позволило провести классификацию на основе этиопатогенеза. В частности, различают виды стресса: 1) эмоциональный, обусловленный влиянием главным образом психических факторов; 2) социальный, вызванный нарушением взаимоотношений между индивидуумами; 3) гипокинезии; 4) беременности; 5) лекарственный; 6) вызванный действием инфекции; 7) вызванный транспортировкой; 8) гипоксический; 9) болевой; 10) обусловленный действием космических факторов; 11) пищевой; 12) температурный; 13) световой; 14) шумовой; 15) обонятельный; 16) вызванный патологическими изменениями в различных структурах нервной системы; 17) вызванный нарушениями функций эндокринных органов; 18) обусловленный нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта и других органов (Ф. И. Фурдуй, 1980).

Указанная классификация не исключает возможности существования двух форм стрессового раздражения – физиологического и патологического, как считает И. А. Аршавский (1976). На основании

собственных данных И. А. Аршавский утверждает, что требующийся для нормального роста и развития уровень деятельности скелетной мускулатуры в каждом возрастном периоде находится в прямой зависимости от соответствующих стрессовых воздействий, неоднозначных, но вместе с тем адекватных для каждого возраста. При этом автор различает воздействия, вызывающие физиологический стресс, без которого невозможны нормальный рост и развитие, и воздействия, приводящие к изменениям, выходящим за границы адаптивных возможностей организма и имеющим характер патологического стресса. Также подразделяя стресс на физиологический и патологический, Б. Е. Мельник и М. С. Кахана (1981) добавляют еще один вид стресса – биологический, который, как они считают, характерен для организмов с примитивной нервной системой.

Из рассмотренной выше классификации следует, что неспецифические (стрессовые) реакции свойственны организмам всех ступеней развития животного мира, в чем и проявляется единство принципов эволюции. Естественно, что, когда еще не существовало строгой дифференциации органов и тканей, реакция организма на изменения окружающей среды была общей, неспецифической, так как не было субстрата, который мог бы обеспечить специфичность. По мере анатомической и физиологической дифференциации клеток и систем реакция организма становилась более адекватной и активнее отвечала на воздействия окружающей среды. Но неспецифические реакции, будучи биологически «выгодными» в смысле мобилизации резервных возможностей организма для общего быстрого ответа на действие окружающей среды, создавали тем самым больше возможностей для выживания и должны были сохраниться.

Многогранность проблемы стресса, обширность научных направлений биологии и медицины, занимающихся ее решением, и многочисленность опубликованных работ делают невозможным освещение всех ее аспектов, поэтому мы в дальнейшем коснемся лишь тех из них, которые относятся к физиологии стресса, механизмам его развития.

Фундаментальные исследования советских ученых Н. А. Агаджаняна, Я. И. Ажипы, Р. М. Баевского, А. В. Вальдмана, А. А. Виру, Ф. П. Ведяева, О. Г. Га-зенко, П. Д. Горизонтова, И. С. Заводской, В. П. Казначеева, Г. Н. Кассиля, Е. А. Коваленко, Г. Н. Крыжановского, В. К. Кулагина, Ф. З. Меерсона, М. И. Митюшова, Е. В. Науменко, А. Л. Поленова, Б. А. Саакова, К. В. Суддкова, Ф. Ф. Султанова, А. М. Уголева, М. А. Уколовой, С. Х. Хайдарлиу, В. Г. Шаляпиной, Е. И. Штирбу занимают важное место в разработке проблемы стресса.

В соответствии с концепцией Селье, динамическое проявление стресса во времени, названное исследователем «генерализованным адаптационным синдромом» (ГАС), характеризуется тремя фазами: тревоги, резистентности, истощения. Эти фазы имеют свою хронологию и выявляются биохимически, функционально и морфологически (Селье, 1974). Трехфазная природа ГАС указывает на то, что способность организма к приспособлению не беспредельна.

Реализация стрессорного ответа осуществляется следующим образом. Неспецифический стимул (нервный импульс, химическое вещество или недостаток необходимого метаболического фактора) активирует «первый медиатор, который еще не идентифицирован, но, как установил Селье, он стимулирует определенные нейроэндокринные клетки подбугорной области в срединном возвышении и трансформирует нервные сигналы в кортикотропный гормональный релизинг-фактор (КРФ) – гуморальный передатчик, достигающий передней доли гипофиза. При действии стресс-фактора из передней доли гипофиза выбрасывается АКТГ, который стимулирует кору надпочечников, вследствие чего в кровь выделяется значительное количество кортикостероидов. Глюкокортикоиды стимулируют неогликогенез, обеспечивающий организм запасами готовой к использованию энергии, столь необходимой для адаптации в стрессовой ситуации. Кроме того, они вызывают катаболические изменения, в результате чего отмечаются потеря массы тела, уменьшение массы

печени, атрофия лимфатических узлов, сморщивание вилочковой железы, угнетение иммунных и воспалительных реакций, кровоизлияния в желудочно-кишечном тракте и др. Азотистый баланс отрицательный. Весьма любопытно, что, по мнению Селье, глюкокортикоиды нужны для адаптации главным образом в стадии тревоги, в то время как в стадии резистентности они не столь жизненно необходимы. В стадии резистентности повышается также уровень секреции гормона роста и минералкортикоидов (Селье Г., 1960). Если для стадии тревоги характерно повышение неспецифической резистентности, то для стадии резистентности – повышение специфической сопротивляемости. В стадии истощения большая часть органов подвергается атрофическим и дегенеративным изменениям, специфическая и неспецифическая сопротивляемость снижена и животное погибает.

Многие авторы справедливо указывают на определяющее значение нейтральной нервной системы в развитии стресса, характере и тяжести изменения физиологических функций, вызванных стрессовыми воздействиями (Горизонтов П. Д., 1976; Судаков К. В., 1976; и др.).

Наиболее полно раскрыт механизм возникновения стресса при эмоциональных воздействиях. Основная заслуга в этом принадлежит К. В. Судакову. При действии стрессовых факторов человек и животные отвечают главным образом эмоциональными реакциями, и проблема стресса является в основном проблемой эмоционального стресса (Судаков К. В., 1980). Эмоциональный стресс развивается в условиях, когда не удается достигнуть результата, жизненно важного для удовлетворения биологических и социальных потребностей, и сопровождается комплексом соматовегетативных реакций, а активация симпатoadреналовой системы мобилизует организм на борьбу. Это свидетельствует о трудностях разграничения стресса и эмоциональных реакций и в некоторых случаях может быть только условно (Суворова В. В., 1975). К. В. Судаков (1976, 1978), Т. М. Иванова и соавторы (1978) установили, что для эмоционального стресса характерно генерализованное распределение

симпатических и парасимпатических возбуждений, приводящее у одних особей к нарушению деятельности сердечно-сосудистой системы, у других – к изъязвлению желудочно-кишечного тракта. Авторы считают, что имеются генетические механизмы устойчивости и предрасположенности к нарушению отдельных функциональных систем у животных в условиях острого экспериментального эмоционального стресса. К. В. Судаковым впоследствии (1981) было показано, что наиболее реактивным к действию экстремальных и повреждающих факторов является эмоциональный аппарат, который первым включается в стрессовую реакцию. Это связано с тем, что эмоции включены в архитектуру любого целенаправленного поведенческого акта и именно в аппарат акцептора результатов действия (Анохин П. К., 1949, 1958, 1973). Если параметры результатов совершенной реакции в ответ на действие стресс-факторов не соответствуют свойствам акцептора результата действия, то есть отсутствия полезной адаптивной реакции, возникает конфликтная ситуация, формируются отрицательные эмоции и усиливается эмоциональная напряженность. По мнению К. В. Судакова (1981), неизбежным следствием этого является активация включенных в обеспечение поведенческих реакций вегетативных функциональных систем и их специфического эндокринного обеспечения. Конфликтная ситуация при этом может быть вызвана рассогласованием в возможности достижения жизненно важных результатов, удовлетворяющих ведущие потребности организма во внешней среде, а также путем первичных, преимущественно гормональных, изменений во внутренней среде организма, вызывающих нарушение его гомеостаза. Нарушения процессов адаптации могут иметь место как на уровне формирования опережающего прогноза, так и на всех других уровнях.

Ф. П. Ведяев и соавторы (1978) на основании изучения нейродинамических и эндокринно-вегетативных системных коррелятов при стрессе установили, что «ключевой системой» мозга является система лимбико-кортикальных взаимоотношений.

Е. И. Штирбу и соавторами (1984) было показано, что роль одних образований мозга (переднего гипоталамического поля, ретикулярной формации среднего мозга) в развитии стресса одинакова при воздействии различных экстремальных факторов, тогда как роль других (моторной коры больших полушарий, мозжечка) – зависит от природы и характера воздействия.

А. В. Вальдманом и соавторами (1973) установлено, что усиление секреции 17-ОКС коррелирует с «эмоциональностью» реакции, вызванной раздражением подбугорья, поскольку «неэмоциональные» и двигательные реакции не сопровождались увеличением уровня 17-ОКС в крови. В дозах, подавляющих агрессивность, галоперидол облегчал гормональные изменения, сопровождавшие эмоциональный стресс, тогда как метамизил предупреждал усиление секреции кортикостероидов.

Обнаружено, что характер, интенсивность реакции различных звеньев гипоталамо-гипофизарно-кортикоадреналовой системы зависят от вида стрессорного фактора и исходного функционального состояния этой системы (Давыдов В. В., Петров С. А., 1973).

М. И. Митюшов и соавторы (1973, 1976) в многочисленных опытах на крысах наблюдали фазное изменение содержания норадреналина в ответ на электрокожное раздражение. Это изменение наступает практически во всех отделах мозга и коррелирует с активацией гипофизарно-адреналовой системы.

Т. М. Иванова и соавторы (1978) показали, что содержание катехоламинов в различных отделах мозга в значительной степени зависит от генетических и индивидуальных особенностей животных.

По мнению И. П. Анохиной (1975), эмоциональный стресс различного происхождения приводит к снижению концентрации норадреналина и серотонина в среднем мозге, гипоталамусе и коре мозга. Автором отмечено снижение уровня норадреналина в гипоталамусе и среднем мозге у крыс, у которых при иммобилизации развиваются язвы

желудка.

Г. Н. Кассиль (1973, 1980), детально изучая содержание катехоламинов, их предшественников и метаболитов при воздействии на организм различных стрессоров, выделил три стадии изменения обмена катехоламинов. Им разработана схема развития стресса, в которой определена роль вегетативно-гуморально-гормонального комплекса в смене его стадий. Кстати, Г. Н. Кассиль с сотрудниками связывают стимулирующее влияние адреналина на кортикотропную функцию аденогипофиза с его действием на адренореактивные структуры головного мозга.

В. К. Кулагин и соавторы (1973, 1980) приводят обширный материал, свидетельствующий о том, что в условиях фиксации и особенно раздавливания мягких тканей конечностей нет пропорциональной зависимости в изменении функции передней доли гипофиза и коры надпочечников, которая теряет способность адекватно реагировать на высокие концентрации циркулирующего в крови АКДГ. Авторами показано, что при травмах центральные звенья гипоталамо-гипофизарно-кортикоадреналовой системы являются более лабильными и интенсивнее реагируют на действие стресс-факторов, а порог чувствительности рецепторов гипоталамуса и гипофиза к тормозящему влиянию повышенных концентраций глюкокортикоидов увеличивается.

Н. П. Гончаров (1973) установил, что гормональная реакция надпочечников при различных стрессовых ситуациях имеет специфический характер, который определяется особенностями патологического процесса и стрессового воздействия. С. А. Еремина (1973) наблюдала при стрессе уменьшение связывания кортикостероидов белками крови и увеличение накопления свободных фракций кортикостероидов.

Для выяснения механизма развития стресса и его вредных последствий, возникающих на основе эмоционального перенапряжения, исключительный интерес представляют экспериментальные исследования,

посвященные изучению функционального состояния симпатoadренальной системы, активация которой при действии стрессорных раздражителей играет ведущую роль в срочной мобилизации физиологических функций и энергетических ресурсов организма (Кацнельсон Э. С., Стабровский Е. М., 1975; Белова Т. И., Кветнанский Р., 1981).

Было обнаружено, что при различных видах эмоционального стресса в организме отмечается разная степень мобилизации симпатoadренального или вагоинсулярного гомеостатических механизмов (Угарова О. П., 1985). При этом изменения содержания гормонов в крови в значительной степени зависят от природы, характера и времени действия стресс-фактора и определяются преимущественным влиянием нервного или гуморального фактора системы нейрогуморальной регуляции (Фурдуй Ф. И., 1984, 1985; Угарова О. П., 1985).

Патогенетические механизмы развития патологических процессов под действием стрессорных раздражителей – это, например, истощение тканевых запасов катехоламинов и снижение резервных возможностей симпатoadренальной системы (Васильев В. Н., 1981; Забродин О. Н., 1982; Мезенцева Л. Н., 1982). Реакция симпатoadренальной системы на стрессовое воздействие зависит не только от индивидуальной устойчивости этой системы к эмоциональному стрессу, но и от времени нанесения раздражения и его мощности (Кассиль Г. Н. и соавт., 1973; Губачев Ю. М. и соавт., 1976; Васильев В. К., 1981; Цулая М. Г. и соавт., 1984; и др.).

Хотя автономной нервной системе приписывается важное значение в развитии стрессорных реакций, в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют сведения о степени вовлечения в эти реакции ее отдельных клеточных образований при воздействии на организм животных стрессогенных факторов (Горбунова А. В., Португалов В. В., 1980).

Разрушение гипоталамуса предотвращает освобождение АКТГ, а электрическое раздражение активирует адренокортикальную функцию при стрессе. При стрессе усиливается выход кортиколиберина из гипоталамуса

в кровотоков (Алешин Б. В., 1971; Држевецкая И. А. и соавт., 1976). Наибольшее увеличение содержания кортиколиберина при действии стресс-фактора имеет место в срединном возвышении.

Nalasz (1969) считает, что существуют два уровня нервной регуляции гипофиза: гипофизотропная зона, локализуемая в медиально-базальном гипоталамусе и ответственная за продукцию либеринов и статинов, которые регулируют секрецию тропных гормонов аденогипофиза, и уровень регуляции, осуществляемый нервными структурами других отделов гипоталамуса, лимбическими структурами, ретикулярной формацией и корой головного мозга. Эти области мозга вызывают или угнетают секрецию либеринов. Важное место в регуляции адренотропной функции занимает ретикулярная формация (Harris, 1964; Кунцевич М. В., 1967; Митюшов М. И. и соавт., 1976). Ее разрушение угнетает стрессовую реакцию. Разрушение медиальной области гипоталамуса также исключает активацию коры надпочечников в ответ на раздражение дорсальной покрышки среднего мозга (Филаретов А. А., Ракицкая В. В., 1977).

В активации стрессовой реакции большую роль играет миндалевидный комплекс лимбической системы мозга: его раздражение повышает адренотропную активность гипофиза. Значение этого комплекса состоит, по-видимому, в быстрой активации гипоталамо-адренотропной системы (ГАКС). Его разрушение исключает активацию ГАКС после дополнительного разрушения гиппокампа, что свидетельствует и о том, что для осуществления стрессовой реакции необходимо угнетение активности гиппокампа. Угнетающее действие на ГАКС обнаружено при раздражении антилатеральной части гипоталамуса и септальной области. Видимо, «кортикотропные» структуры медиально-базального гипоталамуса находятся под постоянным торможением со стороны других отделов гипоталамуса или других частей мозга, ибо дифференциация гипоталамуса приводит к увеличению функции

коры надпочечников при иммобилизации (Сапронов Н. С., 1977). Другие ученые включают в систему, которая тормозит активность нейронов, продуцирующих кортиколиберин, гиппокамп, базаль-ную септальную и дорсальную тегментальную области.

На основании вышеприведенных данных не следует делать вывод о том, что в реализации изменений, возникающих при стрессе, принимают участие лишь лимбико-ретикулярные структуры, гипоталамус, симпатическая нервная система, гормоны передней доли гипофиза и коры надпочечников. Участие других желез внутренней секреции, парасимпатической нервной системы и многих образований мозга мало изучено. Здесь можно указать лишь на работы П. П. Денисенко по выяснению роли холинореактивных систем, М. Г. Амираговой – тиреоидных гормонов, Б. Е. Мельника – гормонов промежуточной доли гипофиза в становлении стресс-реакции. Изучению этих вопросов посвящена значительная часть и наших исследований (Фурдуй Ф. И.).

В состоянии стресса увеличивается утилизация кортикостероидов (свидетельством чего является их резкое возрастание), необходимых для поддержания жизни адренал-эктомированных животных при гипоксии (Langley, 1943).

При хирургической травме и других формах стрессового воздействия, приводящих к развитию патологических процессов, отмечается снижение скорости элиминации кортикостероидов из крови, вызванное, видимо, угнетением некоторых функций печени (Еремина С. А.; Кулагин В.К. и соавт.), а при физической работе наблюдается противоположное явление. Установлена зависимость скорости элиминации кортикостероидов из крови от температуры тела, скорости кровотока через печень, активности щитовидной железы, тимуса.

Имеющиеся данные не позволяют установить значительные изменения связывающих способностей белков плазмы при стрессе (Мюррей, Мороз Б. Б., Пантюшина Н. Н., Лемперт Б. Л. и соавт.).

Стрессовая реакция характеризуется полифазностью ГАКС. Первоначальное усиление, сменяющееся затем угнетением, отмечалось по ряду показателей активности ГАКС после введения адреналина (Шрейберг Г. П.), дифтерийного токсина, формалина (Голиков П. П., Король Н. А., 1970), во время длительного действия звукового раздражителя (Хенкин, Knigge, 1963), при иммобилизации животного на продолжительное время (Длусская И. Г., Бонус, Доллман).

Причиной снижения адренокортикальной активности является недостаточная стимуляция активности коры надпочечников, о чем свидетельствуют данные об уменьшении выброса кортикотропина и кортиколиберина при длительном действии стрессоров. При гипогликемии, электрошоке, хирургической операции, введении вазопрессина высокий уровень кортикостерона чередуется с низким и поддерживается всего в течение 20–60 мин, затем наступает снижение (Berson, Yalow, 1968). Полифазный характер стрессовой реакции доказан при изучении высвобождения кортиколиберина (Караулова Л. К., 1973; Hiroshige et al., 1973; Ельский В. Н., 1974; Sato et al., 1975). Эфирный наркоз, лапаротомия или адреналэктомия обуславливали у крыс резкое повышение кортиколибериновой активности, но уже через 20 мин после действия стрессора активность возвращалась к исходному уровню. Через 80 мин наблюдался новый пик кривой кортиколибериновой активности, а через 2 ч – возвращение ее к исходному уровню. Быстрая смена первоначально повышенной кортиколибериновой активности гипоталамуса последующим снижением отмечалась также при иммобилизации крыс (Sakakura et al., 1976). При лапаротомии уровень кортикотропина в плазме крови достигал своего максимума через 20 мин. К этому времени первоначальный подъем кортиколибериновой активности сменялся субнормальной фазой. Через 6 мин уровень кортикотропина в плазме крови несколько снижался, а через 80 мин наступал новый максимум, совпадающий со вторичной вершиной кривой кортиколибериновой активности. Содержание же кортикостерона,

резко повышающееся в течение первых 20 мин, достигало максимума лишь через 60 мин (Sato et al., 1975). При 90-минутном электрокожном раздражении пики кривой кортиколибериновой активности срединного возвышения появлялись на 2- и 90-й мин, после чего активность быстро возвращалась к исходному уровню. Содержание кортикотропина в гипофизе было минимальным с 15-й до 90-й мин, а затем резко увеличивалось. Концентрация кортикостерона в плазме крови достигала максимума лишь к концу раздражения (через 90 мин) и после этого быстро снижалась (Шаляпина В. Г., 1976).

Индукированное талантливыми работами Г. Селье внимание к гипофиз-надпочечниковой системе на долгое время приглушило интерес к другим железам, адаптивная роль которых постулируется, за редким исключением, не более чем умозрительно. Даже самому Г. Селье изменило чувство меры, когда он в противоречие с собственной концепцией назвал адаптивными только гормоны коркового слоя надпочечников и АКТГ (Selye, 1952).

В своих обзорных работах Мэйсон, Селье, Леви, Дж. С. Эверли и Р. Розенфельд отмечают малочисленность данных об участии других гормонов, в частности соматотропина и тироксина, в формировании ответной реакции организма при его стрессировании.

О роли гормона роста при стрессе известно совсем мало. Отметим лишь, что Селье (1956, 1976) доказал усиленный выброс гормона в кровь при стрессировании организма и считал, что он стимулирует выделение минералкортикоидов, а Эверли отмечал, что гормон роста повышает резистентность к инсулину и ускоряет мобилизацию накопленных в организме жиров. Дэй указывает на подавление гормона роста при стрессе.

Сведения о других железах внутренней секреции относительно малочисленны и весьма противоречивы: одни авторы сообщают о понижении их секреторной деятельности, другие – о повышении.

По мнению Дж. С. Эверли и Р. Розенфельда (1985), из всех

связанных со стрессом эндокринных осей меньше всего известно о функции тиреоидной оси. Данные о роли щитовидной железы в развитии стресса обобщены в монографии Ф. И. Фурдуй (1986).

Что касается проявления функции системы гипофиз – гонады в условиях стресса, то, как считают Н. П. Гончаров и соавторы (1977), оно почти не изучено, а имеющиеся сведения достаточно противоречивы.

А. И. Молодцова и соавторы (1978) обнаружили угнетающее влияние продолжительного стрессирования на секрецию андрогенов у самцов и эстрогенов у самок. Содержание тестостерона не претерпевало каких-либо существенных изменений, в то время как уровень гонадотропных гормонов гипофиза увеличивался. Угнетение биосинтеза андрогенов при стрессе выявлено также Б. В. Алешиным и соавторами (1984). Н. П. Гончаров и соавторы (1977) не обнаружили при стрессе изменения уровня эстрогенов у самцов. У них продукция андрогенов при стрессовых воздействиях подавляется, а изменение функции яичников определяется фазой овуляторного цикла (Шварева Н. В., Гончаров Н. П. и соавторы).

Д. С. Тавадян и Н. П. Гончаров считают, что угнетение гормональной активности половых желез при длительной гипокинезии не связано с нарушением гипофизарной регуляции, а является следствием снижения чувствительности железы-«мишени» к стимулирующему влиянию тропного гормона.

С. Корсон и Е. Корсон указывают на выделение большого количества антидиуретического гормона (вазопрессина) в ответ на стрессовые ситуации. Однако не исключено, что антидиуретический эффект может быть обусловлен снижением почечного кровотока. Что касается окситоцина, то пока нет никаких свидетельств его участия в генезе стрессовой реакции (Эверли Дж. С., Розенфельд Р.).

Недостаточная изученность роли большинства желез внутренней секреции в развитии стресса является одной из основных причин отсутствия в настоящее время целенаправленных эффективных способов влияния на

формирование стресс-реакции и профилактики ее вредных последствий. Поэтому важнейшая задача состоит в изучении роли щитовидной, половых и других желез внутренней секреции в проявлении стресса, его вредных последствий и адаптации организма к стресс-факторам.

О разнообразии стресс-реакций пишет Мэйсон: связывает их наличие с реализацией через различные «начальные звенья» нервной системы и дальнейшими путями распространения стимулов. Так, действие стресс-факторов физического или химического порядка, вызывающее «соматический стресс», осуществляется через переднюю туберальную область, откуда освобождающийся кортикотропинрилизинг-фактор через капиллярное сплетение в срединном возвышении гипоталамуса поступает в переднюю долю гипофиза. В то же время стресс-реакция на «психический» стресс (например, на боль) осуществляется по следующему пути: кора мозга – лимбическая система – каудальный отдел подбугорной области – спинной мозг – брюшные нервы – мозговое вещество надпочечников – адреналин – нейрогипофиз – АКТГ – кора надпочечников (Смелик).

Многочисленные литературные данные позволяют сделать вывод, что стресс может служить патогенетической основой развития невротических, сердечно-сосудистых (Рааб, Чазов Е. И., 1975; Судаков К. В., 1976; Косицкий Г. И., 1977; и др.), эндокринных (Кахана М. С., 1960; Фурдуй Ф. И., 1963, 1967, 1976, 1980; Анестиади З. Г., 1984; и др.) и других заболеваний, количество которых, особенно в последнее время, непрерывно возрастает. Много экспериментального материала по воспроизведению различной патологии сердечно-сосудистой системы, болезней суставов, обмена веществ получено самим Селье. Моделирование той или иной патологии он осуществлял путем введения в организм больших доз кортикостероидов и влияния на животных стресс-факторами. Селье было показано, что стрессирование животных, которым предварительно вводили глюкозу и минералкортикоиды, приводит к возникновению у них некрозов миокарда, в то время как у интактных крыс их не обнаружили. В этом же

плане убедительные данные получены Я. И. Ажипой и соавторами (1973, 1975, 1981); ими было показано, что нервная травма, нарушающая приспособительные механизмы, может предопределить локализацию развития патологического процесса.

П. Д. Горизонтов (1981), как и Г. Селье, считает, что основой развития болезней при длительном стрессировании организма является продолжительное влияние гормонов, участвующих в формировании стресс-реакции и вызывающих серьезные нарушения в обмене липидов, углеводов и электролитов.

Подчеркивая патогенетическую роль стресса в возникновении функциональных и патологических нарушений, отметим вместе с тем, что стресс обладает и положительным влиянием на организм. Дело в том, что выработанная и эволюционно закрепленная стрессовая реакция обеспечивает мобилизацию жизненно важных систем организма при стрессовых воздействиях, являющуюся необходимым условием для осуществления борьбы со стресс-фактором, бегства от него или адаптации к нему (Хенри, Стефанс, Меерсон Ф. 3.). Кратковременное острое импульсное стрессирование приводит к экстренному повышению адаптивных способностей организма животных (Фурдуй Ф. И.). Однако, биологически оправданная стрессовая активация, подготавливающая жизненно важные системы, в первую очередь сердечно-сосудистую и дыхательную, к осуществлению реакции «битва – бегство», для современного человека чаще всего играет отрицательную роль, ибо она не реализуется, поскольку согласно существующим нравственным канонам, считается неэтичным во время действия стресс-факторов совершать какие-либо выраженные или продолжительные двигательные акты (Бенсон). То, что стресс может сыграть как положительную, так и отрицательную для организма роль, позволило Селье (1956, 1974) выделить так называемый конструктивный, положительный (эустресс), и деструктивный, ослабляющий, отрицательный, стресс (дистресс).

Проведенные в последние годы системные исследования функций различных желез внутренней секреции при остром действии стресс-факторов, как и выявление времени и степени вовлечения в ответную реакцию различных желез внутренней секреции и структур мозга (Фурдуй Ф.И.), дали основание пересмотреть представления, развиваемые Г. Селье и его последователями, о том, что в основе реакции организма на разного рода вредоносные воздействия (психические, болевые, инфекционные и др.) лежит главным образом изменение гормонообразующей функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, а также о трехфазном характере развития стрессовой реакции.

С одной стороны, роль не только различных, но и одной и той же железы внутренней секреции в развитии стресса при однотипном стрессовом воздействии, оказывается, не константна. Например, при плавании крыс в воде при 35°C и иммобилизации при температуре 20°C детерминирующую роль играют гипофиз и надпочечники, при действии на организм температуры минус 80°C, гипоксии, вызванной «подъемом на высоту» 12 000 м в течение 10 мин, – щитовидная железа, при иммобилизации при температуре 45°C – половые железы. При «подъеме» крыс на «высоту» 12 000 м щитовидная железа фактически не влияет на степень развития стресса, в то время как при ступенчатом «подъеме» ее гормоны способствуют повышению стрессоустойчивости животных.

С другой стороны, можно рассматривать в качестве характеризующей состояние стресса лишь первоначальную реакцию организма на стрессовое воздействие, названную Г. Селье «реакцией тревоги», так как только в этот период времени преобладают неспецифические, стрессовые реакции со стороны большей части внутренних органов и структур мозга. По Г. Селье, в стадии резистентности преобладают гомеостатические или адаптивные реакции (за счет чего и обеспечивается высокая резистентность организма), в стадии истощения – неспецифические функциональные нарушения. Иными словами, согласно Г. Селье, лишь фазу

тревоги следует принимать за основной показатель стрессового состояния организма. Кроме того, более правильно говорить не о стрессе, адаптации или функциональных нарушениях как таковых, а о преобладании в интегральной психофизиологической реакции организма при экстремальных воздействиях стрессовой, адаптивной, гомеостатических реакций или функциональных нарушений. Организм отвечает на то или иное воздействие интегральной реакцией, паттерн которой формируется одновременно протекающими стрессовыми, гомеостатическими, адаптивными реакциями или функциональными нарушениями.

При этом следует отметить, что в случае преобладания адаптивных реакций четко проявляется специфика функционирования каждого из органов, образований мозга и отдельных функциональных систем и их взаимоотношений, которая обеспечивает конечные цели – полезный результат изменения функции. При преобладании стрессовых реакций изменения биохимических или физиологических показателей функционального состояния всех образований мозга и внутренних органов или части из них при воздействиях различной природы однонаправленны: они нацелены на мобилизацию функциональных резервов всех систем и органов в интересах поддержания гомеостаза или перевода деятельности отдельных систем или организма в целом на более высокий уровень регуляции. При преобладании реакции гомеостатирования функционирование органов и образований мозга происходит на уровне нормы или наблюдается тенденция возвращения к исходному уровню их деятельности. В случае функциональных нарушений имеют место несопряженные, некоординированные с конечной целью организма (сохранение гомеостаза или адаптация к новым условиям) изменения в деятельности составных компонентов или различных подсистем функциональных систем, как и возврат одних к исходному гомеостазу при сохранении неизменной деятельности других. Функциональные нарушения, как и адаптивные реакции, создают новое состояние организма.

При этом следует отметить, что в случае преобладания адаптивных реакций четко проявляется специфика функционирования каждого из органов, образований мозга и отдельных функциональных систем и их взаимоотношений, которая обеспечивает конечные цели – полезный результат изменений функций. При преобладании стрессовых реакций изменения биохимических или физиологических показателей функционального состояния всех образований мозга и внутренних органов или части из них при воздействиях различной природы однонаправленны: они нацелены на мобилизацию функциональных резервов всех систем и органов в интересах поддержания гомеостаза или перевода деятельности отдельных систем или организма в целом на более высокий уровень регуляции. При преобладании реакции гомеостатирования функционирование органов и образований мозга происходит на уровне нормы или наблюдается тенденция возвращения к исходному уровню их деятельности. В случае функциональных нарушений имеют место несопряженные, некоординированные с конечной целью организма (сохранение гомеостаза или адаптация к новым условиям) изменения в деятельности составных компонентов или различных подсистем функциональных систем, как и возврат одних к исходному гомеостазу при сохранении неизменной деятельности других. Функциональные нарушения, как и адаптивные реакции, создают новое состояние организма.

НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ

Цель: дать введение в круг методов вмешательства, обозначаемых как нервно-мышечная релаксация (НМР).

Под термином «нервно-мышечная релаксация» понимается процесс выполнений индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность (нервно-) и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры (мышечная). Этот процесс обычно включает изотонические и (или) изометрические сокращения мышц, выполняемые

пациентом согласно исходным инструкциям клинического психолога.

История нервно-мышечной релаксации

Представленный метод нервно-мышечной релаксации восходит к четырем основным источникам: 1) «Прогрессивная релаксация» – методика, разработанная Edmund Jacobson; 2) научно-исследовательские протоколы, разработанные авторами; 3) исследование Бернштейн и Борковес (1979); 4) клиническая работа Винод Бхалла, применяющего метод нервно-мышечного вмешательства в рамках соматической медицины и при стрессе.

Работа Якобсона (1938) свидетельствует о том, что напряжение поперечно-полосатой мускулатуры представляет собой сокращение мышечных волокон. Он сделал также вывод о том, что это напряжение играет значительную роль при тревожных состояниях. Jacobson сообщил о снижении субъективного ощущения тревоги у индивидов в результате обучения их уменьшению напряжения поперечно-полосатых мышц. В конце 40-х годов С. Atlas разработал общеоздоровительную программу мышечного «динамического напряжения», но модель, разработанная Якобсоном, приобрела большую известность.

Jacobson называет свою систему «прогрессивной релаксацией». Эта система состоит из серии упражнений на напряжение и последующее расслабление определенных мышц и мышечных групп с целью достижения состояния глубокого расслабления. Jacobson называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам:

1. Субъект обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять нервно-мышечную активность (напряжение) в конкретной мышце. Для того чтобы достигнуть посредством этого процесса максимального расслабления в любой мышце, может потребоваться несколько минут.

2. Субъект напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-то его части.

3. При постоянных ежедневных занятиях у субъекта отмечается

прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» – психологической установки, характеризующейся, согласно нашему опыту, меньшей возбудимостью и подверженностью к стрессам.

Прогрессивная релаксация приобрела значительную известность, когда Джозеф Волп (Joseph Wolpe, 1958) использовал ту же самую основополагающую систему релаксации в своем подходе к лечению фобий, получившем название «систематической десензитизации». Этот лечебный подход стал классическим методом поведенческого вмешательства, который заключается в расслаблении человека до и во время предъявления ему иерархии провоцирующих тревогу раздражителей. Wolpe успешно использовал принцип, заключающийся в том, что индивидуум не может в одно и то же время испытывать тревогу и состояние расслабления, т. е. релаксация оказывает тормозящее воздействие на стрессовую реакцию.

Механизмы действия

Jacobson (1978) утверждает, что основное действие системы нервно-мышечной релаксации основывается на том, что пациент обучается различать напряжение и расслабление. Это обучение основано на расширении осознания больным проприоцептивной нервно-мышечной им-пульсации, возникающей на уровне периферических мышц и увеличивающейся по мере напряжения поперечно-полосатой мускулатуры. Эти афферентные проприоцептивные импульсы во многом определяют уровень хронической диффузной тревоги и общего симпатического возбуждения. Этот вывод поддерживается исследованием Гелхорн (1867), который продемонстрировал решающую роль, которую афферентные проприоцептивные импульсы от мышечных веретен играют в детерминации генерализованного эрготропного тонуса.

После того, как пациенты обучаются адекватно воспринимать нервно-мышечные ощущения, они могут научиться эффективно снижать чрезмерное мышечное напряжение посредством сознательного и постепенного «отпускания» или снижения степени напряжения в избранных мышцах. Утверждалось, что «нетренированным» пациентам будет трудно сознательно

достигать аналогичного уровня релаксации, так как они различать ощущения напряжения от глубокого сознательного расслабления, поэтому в результате сознательных попыток расслабиться остается заметное «остаточное напряжение».

Современные исследования прогрессивной релаксации дали основания предположить, что в нее вовлечены два основных терапевтических компонента. Хотя принято считать, что традиционная концепция Jacobson о выученном осознании различий между ощущением напряжения при мышечном сокращении и расслабления при прекращении сокращения представляет собой важный лечебный фактор, он может быть не единственным. Было высказано предположение о том, что сам процесс сокращения мышцы перед попыткой ее расслабления может придавать некоторый дополнительный импульс к совокупной релаксации, достигаемой в этой мышце, помимо и сверх той роли, которую играет процесс выученного осознания [Borkovec, Grayson, Cooper, 1978].

Исследование клинического применения и эффективности НМР

Обзор исследовательской и клинической литературы по методическим подходам, которые объединяет нервно-мышечная релаксация (включая методику Jacobson), раскрывает широту их применения при лечении разнообразных нарушений, связанных со стрессом. Более конкретно, нервно-мышечная релаксация оказалась эффективной при лечении:

- 1) нарушений сна [Jacobson, 1938; Nicassio, Bootzin, 1974; Steinmark, Borkovec, 1973];
- 2) эссенциальной гипертонии [Deabler, 1973; Shoemaker, Tasto, 1975];
- 3) головных болей, связанных с мышечным напряжением [Cox, Freundlick, Meyer, 1975];
- 4) субъективного чувства тревоги [Jacobson, 1975; Paul, 1969a];
- 5) общего автономного возбуждения и чрезмерного эрготропного тонуса [Jacobson, 1978; Paul, 1969a, b];
- 6) формирование более спокойной психологической установки, которая

может стать профилактическим фактором, препятствующим развитию чрезмерного стрессового возбуждения [Stoyva,1977].

На основе данных этих исследований было выявлено, что метод нервно-мышечной релаксации является эффективным компонентом в большинстве программ, направленных на лечение чрезмерного стресса.

Подготовка к применению физической активной формы НМР

Итак, нервно-мышечная релаксация представляет собой набор упражнений, в ходе которых субъект напрягает (сокращает) и затем отпускает (расслабляет) выбранные мышцы заранее определенным и упорядоченным образом.

Предварительно, перед использованием методики, клиницист должен предпринять следующие шаги.

1. Дополнительно к общим мерам предосторожности при применении релаксации необходимо определить, нет ли у пациента каких-либо противопоказаний, связанных с мышечными или нервно-мышечными расстройствами, например неврологических нарушений, слабости, или повреждений мышц, а также костной патологии, которую могут усугубить занятия нервно-мышечной релаксацией. В сомнительных случаях пропускайте упражнения для групп мышц, состояние которых неясно до тех пор, пока не получено заключение специалиста.

2. Узнайте у пациента, имеется ли у него опыт или какие-либо знания относительно нервно-мышечных методик. Клинический психолог должен определить, какую роль – положительную или отрицательную – играют эти знания и опыт в данном случае. Часто бывает полезно обсудить подробности любых предыдущих занятий больного нервно-мышечными методиками.

3. Дайте пациенту общее представление об использовании нервно-мышечных методик и теоретическое обоснование их действия.

4. Опишите пациенту подходящие условия для занятий нервно-мышечной релаксацией:

а) тихое, удобное место, если возможно, затемненное, для того чтобы

дать возможность полностью сосредоточиться на телесных ощущениях;

б) ослабить тесную одежду, если хочется, снять контактные линзы, очки и обувь;

в) тело должно иметь максимальную опору (за исключением шеи и головы, в случае, если больной непроизвольно засыпает).

5. Проинструктируйте пациента о различиях между желаемым мышечным напряжением и нежелательной контрактурой мышц. Напряжение характеризуется немного неприятным чувством сжатия в напрягаемой мышце. При контрактурах возникает боль в мышцах, суставах или связках, а также неконтролируемый тремор мышц. Контрактура фактически является чрезмерным мышечным напряжением.

6. Информировать пациента о соответствующем способе дыхания. Во время напряжения мышц дыхание не задерживается. Дышать надо как обычно или же вдыхать во время напряжения и выдыхать во время расслабления.

7. Перед началом собственно занятия неформально покажите пациенту все упражнения, которые будут использованы. Воспользуйтесь этой возможностью для ответа на любые его вопросы.

8. Наконец, объясните пациенту, как именно Вы будете давать ему инструкции. Например: «Для каждой мышечной группы, на которой мы будем сосредотачиваться, я всегда буду сначала подробно описывать Вам релаксационное упражнение, до того как Вы действительно начнете выполнять его. Поэтому не начинайте делать описываемое мной упражнение до тех пор, пока я не скажу: «Готовы? Начали».

Точный порядок этих этапов может варьировать. Для того чтобы облегчить пациенту понимание некоторых предварительных инструкций, специалист может давать их в письменном виде.

Процедура применения НМР

Везде, где это возможно, начинайте сеанс с расслабления нижних частей тела и заканчивайте лицом. Это делается из-за того, что после напряжения и расслабления мышц нужно постараться не допустить их

повторного напряжения. «Полупроизвольные» мышцы лица наиболее подвержены повторному напряжению, поэтому чтобы исключить такую возможность, мы расслабляем их в последнюю очередь.

Последовательные этапы расслабления для каждой мышцы

Закончив подготовку к занятию, клиницист должен придерживаться следующей основополагающей последовательности этапов для каждой мышечной группы.

Этап 1. Опишите пациенту, какую конкретную мышцу и каким образом он будет напрягать. «Мы сейчас будем напрягать икроножную мышцу. Начнем с того, что поднимем обе пятки вверх насколько возможно, носки остаются на полу».

Этап 2. Пациент должен начинать упражнение по заранее определенному сигналу: «Готовы? Начали».

Этап 3. Пациент должен удерживать напряжение от трех до пяти секунд. В течение этого времени Вы можете попросить его сделать еще большее усилие: «Поднимите носки выше, выше, еще выше».

Этап 4. Дайте пациенту знак расслабить мышцу: «А теперь расслабьте».

Этап 5. Помогайте пациенту почувствовать, что происходит в только что расслабленной мышце, поощряя поиск пациентом ощущений расслабления: «Теперь ощутите заднюю сторону голеней. Чувствуете ли Вы в них тепло, покалывание или тяжесть? Проследите за этими ощущениями».

Этап 6. Клинический психолог, возможно, захочет вызвать более глубокую релаксацию: «Теперь дайте мышцам расслабиться еще сильнее. Мышцы становятся тяжелее, все тяжелее и тяжелее».

Этап 7. После каждого упражнения делайте паузу 5–10 с для того, чтобы дать пациенту почувствовать расслабление. После расслабления каждой большой группы мышц делайте паузу 15–20 с.

Этап 8. Если это возможно, переходите сразу к противоположной группе мышц. В данном случае соответствующее упражнение будет заключаться в том, чтобы поднять носки как можно выше, оставляя пятки на

полу.

Образец протокола

Ниже приводится краткий протокол, в который включены все рассмотренные ранее компоненты. Посмотрите, сможете ли Вы определить основные предварительные шаги (в этот образец вошло лишь несколько из них). Проверьте, сможете ли Вы определить последовательные этапы (во избежание монотонности для некоторых из мышечных групп приведено шесть или семь этапов).

ВВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Еще в 1908 г. в исследовании, проведенном в Гарвардском университете, было обнаружено, что стресс и тревога связаны с мышечным напряжением. Мышечное напряжение создается путем укорочения или сокращения мышечных волокон. Взаимосвязь стресса с тревогой, с одной стороны, и мышечным напряжением, с другой, такова, что если Вы способны снизить мышечное напряжение, тем самым Вы уменьшите стресс и тревогу.

Прогрессивная мышечная релаксация представляет собой инструмент, который Вы можете использовать для снижения мышечного напряжения и, следовательно, стресса и тревоги. Прогрессивная мышечная релаксация – это система последовательного и упорядоченного напряжения и расслабления основных мышечных групп Вашего тела, направленная на достижение состояния полного расслабления. Достижение этого полного расслабления становится возможным благодаря двум важным процессам.

Во-первых, напрягая, а затем расслабляя мышцу, Вы тем самым получите своего рода импульс для достижения более глубокого уровня мышечного расслабления этот протокол записан в форме непосредственного обращения к пациенту. Адаптировано по В. Girdano и Q. Everly «Регуляция производственного стресса: программа для самостоятельного обучения». Кассетная запись программы издана Robert J Brady Co Bowie, Maryland, 1980], чем тот, который достигается в обычных условиях.

И, во-вторых, напрягая и затем расслабляя мышцу, Вы можете сравнить

и противопоставить состояния мышечного напряжения и расслабления. Мы видим, следовательно, что в основе мышечной релаксации лежат следующие предпосылки:

1. Стресс и тревога связаны с мышечным напряжением.
2. Когда Вы уменьшаете мышечное напряжение, Вы тем самым значительно снижаете уровень стресса и тревоги.
3. Нервно-мышечная релаксация предоставляет Вам уникальную возможность сравнить и противопоставить напряжение и расслабление.

Нервно-мышечная релаксация, как было показано, является мощным орудием, которое может быть использовано для достижения отдыха и успокоения разума. Релаксация, однако, представляет собой активный навык и, как любой навык, ее необходимо тренировать. Ошибка, которую делают многие, заключается в том, что они пытаются мгновенно овладеть этой методикой. Нервно-мышечная релаксация является эффективным средством, но для успешного овладения ею требуются терпение и практика. Но, в конце концов, разве Ваше хорошее самочувствие не стоит хотя бы 15 мин в день?

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

Прежде чем начать сеанс прогрессивной мышечной релаксации, рассмотрим некоторые общие положения.

«Во-первых, Вы должны отыскать тихое место, где бы Вам не мешали и где бы не было яркого света. Вы должны найти удобное кресло, в котором могли бы расслабиться, хотя прогрессивную релаксацию полезно делать на ночь, лежа в постели для облегчения засыпания. Вы должны ослабить стесняющую Вас одежду. Галстук, куртку, очки и контактные линзы следует снять.

Во-вторых, система прогрессивной нервно-мышечной релаксации требует, чтобы Вы напрягали каждую группу мышц два раза, примерно пять секунд (каждый раз). Возможно напрягать каждую группу мышц до семи раз, если Вы продолжаете ощущать остаточное напряжение. Мышечное напряжение отличается от контрактуры мышц. Это не одно и то же. Вы

поймете, что у Вас контрактура мышцы, если почувствуете боль в ней или в близлежащих суставах, а также если мышца начнет непроизвольно дрожать или трястись. В обоих случаях это будет знаком для Вас уменьшить напряжение или просто не делать этого упражнения. Вся процедура прогрессивной релаксации продолжается примерно 20 минут, если Вы расслабляете все тело. Если Вы выберете для расслабления всего лишь несколько мышечных групп, этот период будет меньше.

И последнее: не задерживайте дыхания во время сокращений. Дышите как обычно или же делайте вдох во время напряжения и выдох—при снятии напряжения.

ОСНОВНЫЕ ИНСТРУКЦИИ

Сейчас Вы готовы к тому, чтобы последовательно расслабить основные группы мышц Вашего тела для достижения состояния полного расслабления. Откиньтесь, пожалуйста, назад и устройтесь очень, очень удобно. Вы можете ослабить или снять стесняющие детали Вашей одежды, такие, как ботинки или куртку, галстук или очки. Вы должны также снять контактные линзы. Постарайтесь устроиться как можно удобнее. Закройте, пожалуйста, глаза. Просто откиньтесь назад и закройте глаза. Сначала направьте, пожалуйста, Ваше внимание на дыхание. Дыхание – это метроном тела. Потому давайте ощутим этот метроном. Ощущайте, как воздух входит через ноздри и поступает дальше в легкие, как Ваши грудь и живот расширяются на вдохе и как они опадают на выдохе. Сосредоточьтесь на дыхании (здесь дайте паузу 30 с).

Для каждой группы мышц, на которой мы будем сосредоточиваться, я всегда буду подробно описывать релаксационное упражнение до того, как Вы приступите к его выполнению. Поэтому не начинайте упражнения, пока я не скажу: «Готовы? Начали».

ГРУДЬ

Начнем с груди. По моему сигналу, но не раньше, сделайте, пожалуйста, глубокий вдох. Постарайтесь как бы вдохнуть весь воздух, находящийся

вокруг Вас. Делаем это сейчас. Готовы? Начали. Сделайте глубокий вдох. Очень глубокий вдох; глубже, глубже, глубже, задержка... и расслабьтесь. Просто выдохните весь воздух из легких и возобновите обычное дыхание. Заметили ли Вы напряжение в области груди на вдохе? Заметили ли Вы расслабление на выдохе? Если да, то смогли бы Вы описать разницу между напряжением и расслаблением? Помните об этом, когда мы будем повторять это упражнение. Готовы? Начали. Вдохните очень, очень глубоко. Еще глубже. Еще глубже. Как можно глубже. Задержите дыхание, и расслабьтесь. Просто выдохните и возобновите обычное дыхание. Смогли ли Вы в этот раз почувствовать напряжение? Смогли ли Вы почувствовать расслабление? Постарайтесь сосредоточиваться на этом различии, когда мы будем выполнять упражнения для всех групп мышц. (После упражнений всегда пауза 5–10 с.)

НИЖНЯЯ ЧАСТЬ НОГ

Давайте сейчас перейдем к нижним отделам ног и икроножным мышцам. Прежде чем мы начнем, поставьте, пожалуйста, обе стопы всей поверхностью на пол. Теперь, чтобы выполнить это упражнение, оставьте, пожалуйста, носки на полу и в то же время приподнимите обе пятки как можно выше. Готовы? Начали. Поднимите пятки. Поднимите обе пятки очень высоко, очень, очень высоко (рис. 6). Подержите так, и расслабьте. Просто дайте им мягко опуститься на пол. Вы должны были почувствовать некоторое напряжение в задних отделах икроножных мышц. Давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Поднимите пятки очень высоко, очень, очень высоко, выше, чем в первый раз. Выше. Подержите так и расслабьте. При расслаблении Вы, может быть, почувствуете покалывание, тепло. Возможно, Вы ощутите тепло, в то время как Ваши мышцы становятся мягкими и расслабленными. Чтобы проработать противоположную группу мышц, поднимите, пожалуйста, оба носка очень, очень высоко, оставляя пятки на полу. Поднимите их как можно более вертикально. Это то же самое движение, которое Вы делаете, когда убираете ногу с акселератора автомобиля (рис. 7).

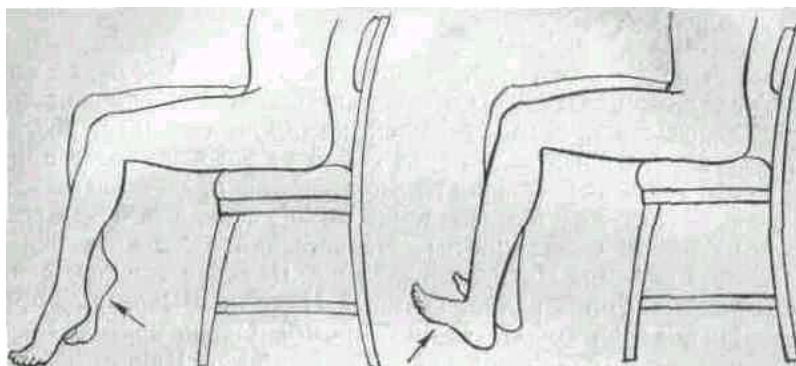


Рис. 6. Рис. 7.

Единственное различие состоит в том, что мы поднимаем обе ноги в одно и то же время. Давайте сделаем это сейчас. Готовы? Начали. Поднимите носки очень высоко. Поднимите носки выше, еще выше. Еще выше. Подержите так и ' расслабьте. Давайте теперь повторим это упражнение. Готовы? Начали. Поднимите носки высоко, выше, чем в первый раз. Как можно выше. Подержите так и расслабьте. Вы должны почувствовать покалывание или тяжесть в нижних частях ног. Оно там есть. Вы должны просто поискать его. В течение некоторого времени постарайтесь почувствовать это покалывание, тепло, или, возможно, тяжесть, которые скажут Вам о том, что Ваши мышцы сейчас расслаблены. Дайте этим мышцам стать более расслабленными, все более и более тяжелыми (пауза 20 с).

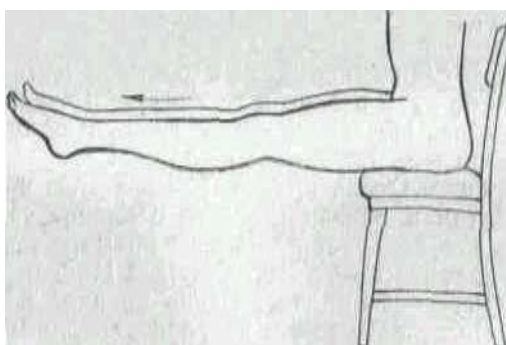


Рис. 8.

БЕДРА И ЖИВОТ

Следующая группа мышц, на которой мы будем сосредоточиваться, – это мышцы бедра. Это упражнение довольно просто. По команде вытяните, пожалуйста, ноги прямо перед собой как можно более прямо (рис. 8) (если это упражнение представляет неудобства для пациента, он может делать его каждой ногой по отдельности). Не забывайте держать икры свободными. Не

напрягайте их. Давайте сделаем сейчас это упражнение. Готовы? Начали. Выпрямите обе ноги перед собой. Очень прямо. Очень прямо. Еще прямее. Подержите так и расслабьте. Просто дайте ногам мягко опуститься на пол. Ощущали ли Вы напряжение в верхней части бедер? Повторим это упражнение. Готовы? Начали. Выпрямите ноги. Очень прямо. Более прямо, чем в первый раз. Как можно более прямо. Подержите так и расслабьте. Чтобы проработать противоположную группу мышц, пожалуйста, представьте себе, что Вы находитесь на пляже и зарываетесь пятками в песок (рис. 9). Готовы? Начали. Заройте свои ноги в пол. С большим усилием. Еще сильнее. Сильнее. И расслабьтесь. Теперь давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Заройте пятки в песок. С большим усилием. С большим усилием. Сильнее. Еще сильнее и расслабьтесь. Вы должны сейчас ощущать расслабление в верхних частях ног. Дайте им стать более и более расслабленными – более и более расслабленными. Сосредоточьтесь сейчас на этом ощущении (пауза здесь 20 с).

КИСТИ РУК

Давайте сейчас перейдем к рукам. Сожмите, пожалуйста, обе руки в одно и то же время очень крепко в кулаки (рис. 10). Сожмите кисти рук в кулаки как можно крепче. Готовы? Начали. Сожмите кулаки очень крепко. Очень крепко. Крепче. Еще крепче. Подержите так и расслабьте. Это отличное упражнение для тех, кто печатает или много пишет в течение дня. Теперь давайте повторим. Готовы? Начали. Сожмите оба кулака очень крепко. Очень крепко. Как можно крепче. Подержите так и расслабьте. Чтобы проработать противоположные мышцы, просто раздвиньте пальцы как можно шире. Готовы? Начали. Раздвиньте пальцы очень широко. Шире. Еще шире. Подержите так и расслабьте. Теперь давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Раздвиньте пальцы широко. Шире. Шире. Как можно шире. Подержите так и расслабьте. Сосредоточьтесь на ощущениях тепла или покалывания в кистях рук и предплечьях (здесь пауза 20 с).

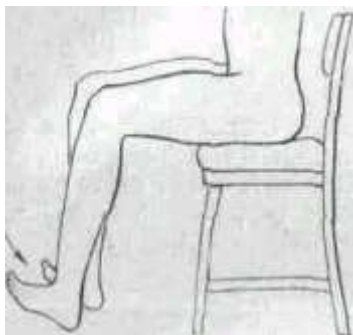


Рис. 9



Рис. 10

ПЛЕЧИ

Теперь давайте поработаем с плечами. У нас есть тенденция хранить массу напряжения и стресса в плечах. Это упражнение состоит просто из поднятия плеч вертикально вверх по направлению к ушам. Представьте, что Вы пытаетесь коснуться верхушками плеч мочек ушей (рис. 11).

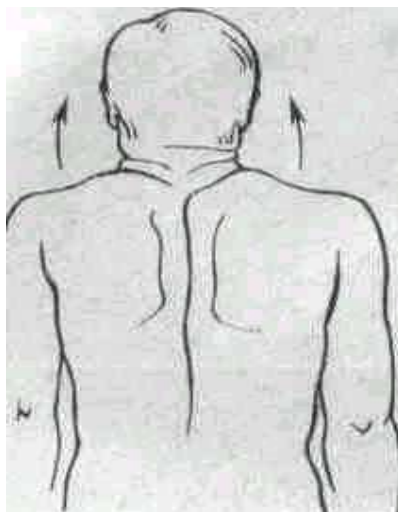


Рис.11

Давайте сделаем это упражнение. Готовы? Начали. Потяните плечи вверх. Очень высоко. Еще выше. Еще выше. Подержите так и расслабьтесь. Теперь давайте повторим. Готовы? Начали. Потяните плечи вверх. Выше. Выше. Еще выше. Как можно выше. Подержите так и расслабьтесь. Повторим это упражнение еще раз. Готовы? Начали. Потяните плечи как можно выше. Выше. Еще выше, Подержите так и расслабьтесь. Очень хорошо. Теперь сосредоточьтесь на ощущении тяжести в плечах. Опустите плечи, дайте им

полностью расслабиться—сильнее и сильнее (здесь пауза 20 с).

ЛИЦО

Давайте перейдем теперь к лицевой области. Мы начнем от рта. Сначала улыбнитесь, пожалуйста, так широко, как только можно (рис. 12).

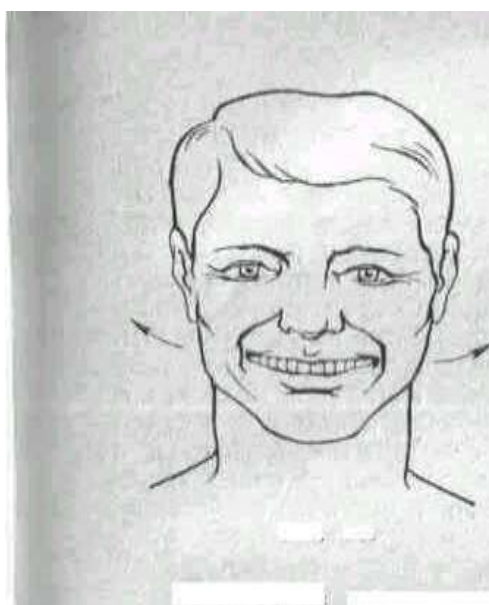


Рис. 12

Улыбка до ушей. Готовы? Начали.

Очень широкая улыбка. Очень широкая. Очень широкая. Шире. Еще шире. Подержите так и расслабьтесь. Теперь давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Улыбнитесь очень широко. Широкая улыбка. Шире. Шире, Подержите так и расслабьтесь. Противоположная группа мышц будет активирована, если Вы соберете или сожмете губы вместе, как бы пытаясь поцеловать кого-то (рис. 13).

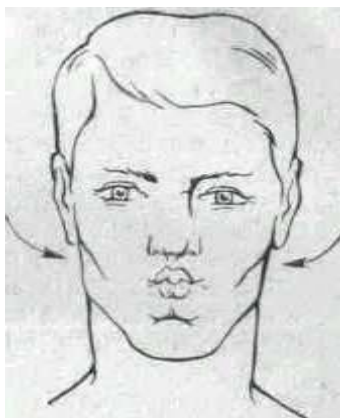


Рис. 13

Готовы? Начали. Соберите губы вместе. Сожмите их очень крепко. Еще крепче. Еще крепче. Подержите так и расслабьте. Теперь давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Сожмите губы вместе. Крепче. Еще крепче. Еще крепче. Подержите так и расслабьте. Дайте своему рту расслабиться. Отпустите мышцы, дайте им расслабиться все более и более; даже еще больше.

Теперь давайте перейдем выше – к глазам. Мне хотелось бы, чтобы Вы держали глаза закрытыми, но зажмурьте их еще крепче. Представьте, что Вы пытаетесь не дать брызгам шампуня попасть в глаза (рис. 14). Готовы? Начали. Зажмурьте глаза очень крепко. Очень крепко. Очень крепко. Еще крепче. Крепче. И расслабьте. Давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Зажмурьте глаза, крепче. Крепче. Крепче. Подержите так и расслабьте.

Последнее упражнение заключается просто в поднимании бровей как можно выше. Итак, помните о том, что глаза остаются закрытыми, а Вы поднимаете брови как можно выше (рис. 15). Готовы? Начали. Поднимите брови высоко. Еще выше. Гораздо выше Гораздо выше. Подержите так и расслабьтесь. Теперь давайте повторим это упражнение. Готовы? Начали. Поднимите брови выше. Еще выше. Как можно выше. Подержите так и расслабьтесь. Сделайте небольшую паузу, чтобы дать себе возможность ощутить расслабление лица (пауза 15 с).



Рис.14

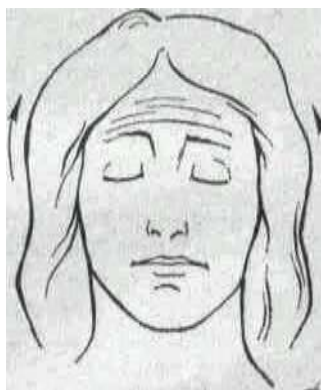


Рис.15

ЗАВЕРШАЮЩАЯ ЧАСТЬ

Вы теперь расслабили большинство основных мышц Вашего тела. Для того чтобы увериться в том, что они расслаблены, я вернусь назад и перечислю мышцы, которые мы перед этим активизировали и расслабляли. Когда я буду называть их, дайте им расслабиться еще сильнее. Вы ощутите, как расслабление спускается теплой волной по всему телу. Ощутите теперь расслабление мышц лба: оно спускается вниз, к глазам, щекам; Вы можете чувствовать, как ощущение тяжести при расслаблении спускается к челюстям, шее, нисходит по плечам, к груди и рукам, к животу, в кисти рук. Расслабление опускается к ногам – к бедрам и икрам и ниже, к стопам. Ваше тело сейчас очень тяжелое. Очень расслабленное. Это приятное ощущение. В течение некоторого времени наслаждайтесь этим ощущением расслабления (пауза здесь 2 мин).

ПЕРЕХОД К БОДРСТВОВАНИЮ

Сейчас, пожалуйста, вновь сосредоточьте Ваше внимание на себе и на окружающем Вас мире. Я буду считать от 1 до 10. С каждым счетом Вы будете чувствовать, как Ваш ум все более и более пробуждается, а тело становится все более и более свежим и активным. Когда я сосчитаю до 10, Вы откроете глаза и будете чувствовать себя лучше, чем когда бы то ни было за сегодняшний день,— Вы ощутите бодрость, состояние освеженности и заряженности энергией, готовность к возобновлению повседневной деятельности. Давайте начнем: 1–2–Вы начинаете чувствовать себя бодрее, 3–

4–5 – Вы все более и более пробуждаетесь, 6–7–теперь потянитесь кистями и стопами, 8–потянитесь руками и ногами, 9–10–сейчас откройте глаза! Вы почувствуете себя бодрым, проснувшимся, Ваш ум ясен, а тело освеженное».

При прочтении этого протокола, необходимо обратить внимание на следующие моменты.

1. Закончив расслабление намеченной группы мышц, клиницист должен вернуться назад и дать пациенту возможность достигнуть более глубокого расслабления при помощи «завершающей части». Клиницист просто возвращается назад и перечисляет основные группы уже расслабленных мышц, дает пациенту указания снять какое бы то ни было остаточное напряжение. Характер этой процедуры продемонстрирован в образце протокола под заголовком «Завершающая часть».

2. В случае полного телесного расслабления у многих пациентов наблюдалось, что состояние продолжается от нескольких минут до одного часа. Это может быть весьма желательно, если релаксация используется для ускорения засыпания или просто как успокаивающее средство. Однако пациентам, которые должны в течение короткого времени после расслабления вернуться к работе, учебе и т. д., целесообразно показать, как «пробудиться» или зарядиться энергией.

3. Информируйте пациента о том, где лучше заниматься – дома или на работе. Сообщите ему, что лучше всего заниматься 2 раза в день, хотя было обнаружено, что занятия и 1 раз в день достаточно эффективны для многих больных. Мы установили, что лучшее время, как правило, перед обедом или до ужина, поскольку процесс пищеварения, по-видимому, мешает эффективному сосредоточению. При лечении бессонницы эти методики должны применяться вечером, когда пациент лежит в постели и старается заснуть.

4. Подчеркните, что большое преимущество нервно-мышечной релаксации заключается в ее гибкости. Другими словами, больной может использовать либо всю систему для расслабления всего тела или же выбрать

одну–две группы мышц, которые кажутся наиболее напряженными. Это, очевидно, сокращает период времени, необходимый для выполнения упражнений, и придает методу НМР симптоматически направленный характер, что может оказаться весьма ценным.

5. Наконец, еще раз подчеркните, что методика нервно-мышечной релаксации представляет собой навык, который может быть развит только посредством постоянной практики.

Комплекс упражнений для нервно-мышечной релаксации

Быстрое расслабление

1. Лягте поудобнее (одежда ни в коем случае не должна стеснять ваших движений; лучше, чтобы ноги были босыми). Можно накрыться легким покрывалом.

2. Закройте глаза, «лежите себе спокойно», следите за мыслями, возникающими в голове.

3. Вызовите какое-либо приятное представление (вспомните что-нибудь или немного пофантазируйте) и смотрите его, как фильм. Если в дальнейшем будут вклиниваться неприятные видения (например, воспоминания о таких банальных вещах, как давка в автобусе, или же что-нибудь действительно серьезное), ничего не предпринимайте. Не пробуйте избавиться от них волевым усилием.

4. Согнув ноги в форме буквы «Л», похлопайте по ним снизу вверх и обратно – тем самым вы расслабите мышцы.

5. Сделав глубокий вдох, задержите дыхание. Не делая выдоха, втяните живот и прижмитесь выступающими поясничными позвонками к подстилке, на которой лежите. Зафиксируйте это положение (лежите так до тех пор, пока оно не станет вас тяготить). Сделайте выдох и полностью расслабьтесь. Полежите немного спокойно. Данное упражнение повторите трижды.

6. Сделав вдох, на максимальный срок задержите дыхание в грудной клетке. После выдоха полежите в расслабленном состоянии (не забудьте при этом снова начать дышать, но на дыхание не влияйте, пусть тело дышит

само). Повторите это три раза.

7. Сделав вдох, задержите дыхание и, скрестив руки, обнимите себя за плечи, сжимая их как можно сильнее. «Насладившись», сделайте выдох и расслабьтесь. Руки можно оставить в прежнем положении. Полежите немного.

8. Продолжайте держать руки в положении «объятия» (если до этого вы лежали, вытянув их вдоль тела, то вернитесь к указанной позе). При согнутых в коленях ногах, если так удобнее, покачивайтесь из стороны в сторону. Побаловав себя таким образом, разожмите свои объятия и, оставаясь в положении лежа, прочувствуйте расслабление.

9. Не спешите закупить релаксацию (это общее правило для всех подобных техник). Лежите, пока вам этого хочется. Затем потянитесь, словно после пробуждения ото сна и, медленно открыв глаза, потихоньку сядьте.

Антистрессовая релаксация

(рекомендована Всемирной организацией здравоохранения)

1) Лягте (в крайнем случае – присядьте) поудобнее в тихом, слабо освещенном помещении; одежда не должна стеснять ваших движений.

2) Закрыв глаза, дышите медленно и глубоко. Сделайте вдох и примерно на десять секунд задержите дыхание. Выдох производите не торопясь, следите за расслаблением и мысленно говорите себе: «Вдох и выдох, как прилив и отлив». Повторите эту процедуру пять-шесть раз. Затем отдохните около двадцати секунд.

3) Волевым усилием сокращайте отдельные мышцы или их группы. Сокращение удерживайте до десяти секунд, потом расслабьте мышцы. Таким образом пройдите по всему телу. При этом внимательно следите за тем, что с ним происходит. Повторите данную процедуру трижды, расслабьтесь, отрешитесь от всего, ни о чем не думайте.

4) Попробуйте как можно конкретнее представить себе ощущение расслабленности, пронизывающее вас снизу доверху: от пальцев ног через

икры, бедра, туловище до головы. Повторяйте про себя: «Я успокаиваюсь, мне приятно, меня ничто не тревожит».

5) Представьте себе, что ощущение расслабленности проникает во все части вашего тела. Вы чувствуете, как напряжение покидает вас. Чувствуете, что расслаблены ваши плечи, шея, лицевые мускулы (рот может быть приоткрыт). Лежите спокойно, как тряпичная кукла. Наслаждайтесь испытываемым ощущением около тридцати секунд.

6) Считайте до десяти, мысленно говоря себе, что с каждой последующей цифрой ваши мышцы все более расслабляются. Теперь ваша единственная забота о том, как насладиться состоянием расслабленности.

7) Наступает «пробуждение». Сосчитайте до двадцати. Говорите себе: «Когда я досчитаю до двадцати, мои глаза откроются, я буду чувствовать себя бодрым. Неприятное напряжение в конечностях исчезнет».

Данное упражнение рекомендуется выполнять два-три раза в неделю. Поначалу оно занимает около четверти часа, но при достаточном овладении им релаксация достигается быстрее.

Временная шкала прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона

Приводимые ниже сроки Джекобсон считает скорее рекомендательными, нежели обязательными для исполнения. В любом случае по ним удобно ориентироваться: в большинстве своем люди полагают, будто обучение продвигается слишком медленно, если уже на другой день они не владеют пройденным в совершенстве. Поэтому мы и приводим ниже шкалу Джекобсона:

Левая рука..... по часу в течение 6-ти дней

Правая рука то же

Левая нога..... по часу в течение 9-ти дней

Правая нога..... то же

Туловище..... 3 дня

Шея..... 2 дня

Лоб	1 день
Брови.....	1 день
Веки.....	1 день
Глаза.....	по часу в течение 6-ти дней
Щеки.....	1 день
Челюсти.....	1 день
Рот.....	1 день
Язык.....	2 дня
Воображаемые разговоры.....	6 дней
Мысленные образы.....	по часу в течение недели

Указывая на то, что заниматься следует по одному часу в день, автор не призывает вас заводить будильник. Как раз этого и не надо делать. Все должно происходить без насилия над собой, естественно, так чтобы вам было приятно.

Уже слышим, как многие возражают нам, мол, тренаж не может быть для них приятным хотя бы потому, что не каждый день они бывают в состоянии выкроить свободный часок. Но было бы желание, а время найдется (нужно просто немного упорядочить свой ежедневный график), главное же – нигде не написано, что метод Джекобсона единственно возможный. Между тем он помогает в тех случаях, когда никак не удастся достичь релаксации; индивиду не под силу в одиночку совладать с напряжением и расслаблением мышц. Согласно специальному определению самого создателя метода, он подходит людям, мышцы которых напряжены в такой степени, когда ничто иное не в состоянии ликвидировать их перенапряжение.

Прогрессивная мышечная релаксация Э. Джекобсона

Данную методику, по крайней мере для начала, мы настоятельно рекомендуем всем, кто испытывает трудности с расслаблением мышц. По мнению ее автора, насущными проблемами человека, живущего в цивилизованном мире, стали чрезмерная спешка, беспокойство и избыток

поводов, на которые он вынужден реагировать. В этих условиях физические и психологические нагрузки приводят к перенапряжению. Оно имеет свойство быть протяженным во времени и накапливаться. Поскольку наши душа и тело – единое целое, то нервно-мышечное перенапряжение способствует повышенному психическому напряжению и раздражительности. Если человек, пребывая в таком состоянии, пытается расслабиться, он нередко достигает совершенно противоположного результата. Общее расслабление (особенно переживаемое в психическом плане) возможно лишь при релаксации всех скелетных мышц.

Тренаж следует проводить в положении лежа; желательно, чтобы в процессе занятий вас не беспокоили. Имеются в виду активные действия – супруги, дети, соседи и т. д., которые зашли что-то спросить и после этого сразу уйдут, – продолжайте себе заниматься. Звуки, которые не несут информации и представляют собой более или менее одноплановый звуковой фон (ход часов, шум холодильника, гул проезжающих мимо трамваев и т. п.), как правило, не причиняют беспокойства. В том случае, если они беспокоят вас, достаточно в начале каждого упражнения сказать себе: «Окружающие звуки меня не интересуют, они мне безразличны, они не мешают мне» (фраза формулируется в индивидуальном порядке, по своему вкусу).

«Лежачее место» для занятий должно быть достаточно широким, таким, чтобы можно было свободно положить руки рядом с телом. При наличии проблем с позвоночником подкладывайте под голову, а в случае необходимости – и под поясницу, подушечку. Словом, располагайтесь таким образом, чтобы, лежа на спине с вытянутыми вдоль тела руками, чувствовать себя удобно. Ничто не должно давить на вас. Не должны неметь руки или ноги. Одежда – свободная, не стесняющая движений. Важна и температура: вам не должно быть ни жарко, ни холодно. В последнем случае следовало бы накрыться легким покрывалом.

Перед началом каждого упражнения расположитесь поудобнее в позиции лежа на спине. Руки неподвижно лежат вдоль тела ладонями вниз,

ноги слегка раздвинуты. Лежите спокойно и медленно закрывайте глаза. Чем медленнее вы будете закрывать их, тем быстрее достигнете успокоения.

Релаксация мышц рук

Упражнение 1. Примерно пять минут спокойно лежите в исходной позиции. Затем согните левую руку в запястье так, чтобы ладонь встала вертикально, удерживайте ее в таком положении несколько минут; предплечье остается неподвижным. Следите за ощущением напряженности в мышцах, предплечья. Расслабьте руку, позволив кисти под собственной тяжестью опуститься на покрывало. Теперь ваша рука не может не быть расслабленной – после подобного напряжения мышц расслабленность является физиологической потребностью. В течение нескольких минут следите за ощущением расслабленности в кисти и предплечье. Повторите данное упражнение еще раз. Затем проведите полчаса в состоянии покоя. Самое главное – научиться распознавать ощущения напряженности и расслабленности.

Упражнение 2. На следующий день повторите предыдущее упражнение. После второй релаксации руки согните ее в запястье в направлении от себя (то есть иначе, нежели прежде), пальцами вниз. Оставшееся до часа время расслабляйтесь.

Упражнение 3. Сегодня вы отдыхаете. Занимайтесь только расслаблением, при этом следите за ощущениями в левой руке (она расслаблена или время от времени вы чувствуете в ней напряженность?).

Упражнение 4. К первому и второму упражнениям присовокупим опыт с флексором локтевого сустава. Левую руку согните в локте под углом 30 градусов, то есть приподнимите ее от покрывала. Повторите эту операцию трижды в течение примерно 2-х минут с последующими релаксациями на протяжении нескольких минут. Остаток часа расслабляйтесь.

Упражнение 5. Повторите все предшествующие упражнения. Затем будем тренировать трицепс. Вы добьетесь напряжения в этой мышце, если, положив под предплечье стопку книг, будете волевым усилием давить на них

лежащей рукой. Трижды чередуйте напряжение и расслабление (для релаксации отведите руку от корпуса, за книги, используемые вами как вспомогательное средство). Остаток часа расслабляйтесь.

Упражнение 6. Час повторения. Займитесь известными вам четырьмя упражнениями для левой руки.

Упражнение 7. Данное упражнение покажет вам, насколько успешно вы овладели всеми предыдущими. Ваша задача – лежать спокойно, вытянув руки вдоль тела. Добиваться напряжения вы будете, не двигая левой рукой, исключительно концентрацией на ней своего внимания. Примерно полминуты сосредотачиваетесь на напряжении, затем переведите его в расслабление. Повторите это несколько раз. Остаток часа опять же расслабляйтесь.

В дальнейшем то же самое проделайте с правой рукой (то есть всего семь упражнений).

Простое расслабление мышц

Данный метод основывается на элементарном знании того, что за существенным напряжением определенной группы мышц закономерно следует расслабление.

Возьмите какой-нибудь предмет цилиндрической формы с таким диаметром, чтобы его можно было обхватить пальцами (это может быть деревянная рукоятка швабры, рукоятка какого-либо инструмента, даже ножка стула и т. п.). Держа этот предмет в правой, доминантной (левши – в левой) руке, сожмите его так сильно, будто собираетесь раздавить его своими пальцами. Следите за тем, что происходит с вашей рукой. Напряжение вы почувствуете не только в пальцах, но и в предплечье. Когда терпеть станет невозможно, разожмите пальцы (будьте осторожны, особенно если речь идет о топоре или молотке; смотрите, как бы при падении он не повредил вам ногу).

Выполняя упражнение, не обязательно держать предмет на весу. Даже лучше, если вы поставите его на стол или, чтобы не слишком изощряться при сжимании ножки стула, сядете при этом на пол, то есть поступите таким образом, чтобы предмет занял устойчивое положение и вы не боялись его

сломать.

После напряжения соответствующей группы мышц закономерным является расслабление – пусть ваша рука свободно свисает или покоится на колене. Сравните ощущение расслабленности с предыдущими ощущениями напряженности. Подобным образом проследите за напряжением мышц ноги. Сядьте на пол, упритесь в него руками позади себя и, подняв ногу, прижмите ступню к стене; давите на нее так, словно хотите ее подвинуть. Следите за мышечным напряжением в ноге, а также в области спины и в руках. Почувствовав изнеможение, лягте на пол, проследите за ощущениями в конечностях.

Научиться отличать мышечное напряжение от расслабления – необходимое условие подготовки к какой-либо технике релаксации. Справившись с этой задачей, можно остановить свой выбор на любом из следующих подходов.

Расслабленное сосредоточение

Это нечто такое, что с трудом поддается словесному выражению. Наша культура ориентирована на результативность. Причем речь идет не столько о самом результате, сколько об усилиях, которые человек вкладывает в ту или иную деятельность.

Много раз вы слышали от учителей и родителей о том, что не так важно чего-либо не уметь, просто нужно стремиться, учиться, работать. Не удивительно, что, имея за плечами примерно двадцатилетний стаж воспитательской деятельности, ряд взрослых людей акцентирует внимание на том, как научались они на своей работе, и из их поля зрения ускользает, в чем именно заключался их изнурительный труд. Короче говоря, работа – это то, что стоит человеку больших усилий, а результат уже дело десятое. Главное – «мы здорово вкалывали». С подобной традицией спорят не только спортивные обозреватели, но и те, кто не усматривает различий между характером спортивных тренировок и, например, занятиями йогой.

Сравним, например, расслабление тазобедренных суставов в гимнастике

и йоге. В первом случае более высокая подвижность сустава достигается тем, что гимнаст садится, сгибает ноги в коленях и разводит их в стороны, прижимая ступни друг к другу, а инструктор с усилием жмет на колени в направлении пола. Больно это или не больно – значения не имеет. В йоге тренирующийся занимает аналогичную позицию. Он представляет себе, как расслабляется его сустав и как изо дня в день колени приближаются к полу. Данное упражнение ни в коем случае не должно вызывать у него неприятных (а тем более болезненных) ощущений, важно как раз противоположное. Занятие продолжается до тех пор, пока индивид испытывает приятные ощущения. Один тренер применил это на практике таким образом, что произвольно разделил группу начинающих на две половины и каждую из них тренировал по одному из приведенных выше способов. Больших успехов он добился методом индийского происхождения. «Европейским» методом вы не достигнете расслабленного сосредоточения, а стало быть, и релаксации. Скорее даже велика опасность того, что, «релаксируя» в своей наивной вере в успех, вы вместо расслабления будете упражняться в напряжении, то есть будете прилагать «усилия», иначе и быть не может. Встречаются люди с тяжелыми психосоматическими, чаще всего сердечными осложнениями, которые утверждают, что уже несколько лет занимаются каким-либо методом релаксации. Вопреки ожиданиям, состояние их не улучшается, а наоборот, становится хуже. Когда эти самоучки рассказывают о своих занятиях, то их осложнения перестают казаться странными. Дело в том, что годами они практикуют нечто, совершенно противоположное релаксации.

Релаксация по М. Шлепецкому

1. Сядьте поудобнее, закройте глаза.
2. Попробуйте расслабить все мышцы. Можете действовать по принципу «от ног к голове» или в обратном порядке.
3. Дышите естественно, через нос. Сосредоточьтесь на дыхании. При выдохе произносите какое-либо слово или фразу (можно считать).
4. Занимайтесь таким образом десять минут. Не заводите будильник.

Если хотите следить за временем, лучше открывайте глаза.

5. По окончании упражнения некоторое время посидите спокойно, с закрытыми глазами.

Релаксация с сосредоточением на дыхании

Данный подход предполагает физиологическое мышечное расслабление при каждом выдохе.

1. Устройтесь поудобнее в положении лежа (при соблюдении всех основных требований: покой, просторная одежда, умеренная температура воздуха).

2. Медленно закройте глаза.

3. Следите за дыханием. С каждым новым выдохом вы все глубже входите в состояние расслабленности. Поступайте так до тех пор, пока не почувствуете, что достигли наиболее глубокой стадии расслабления, которая и требуется вашему телу.

4) Вы лежите расслабленно, сознавая, что ваше дыхание стало более спокойным и глубоким. Чувствуете расслабленность во всем теле. Вы лежите неподвижно, безвольно, испытываете приятные ощущения. Чувствуете, что успокоение и расслабленность затронули и вашу душу. Вы наслаждаетесь ощущениями покоя и беззаботности.

5. Тело само даст вам понять, когда почувствует себя достаточно бодрым. Релаксация перестанет приносить удовольствие, и вам захочется вернуться в активное, бодрое состояние.

6. Не спешите с этим, медленно потянитесь и также медленно откройте глаза. Когда захотите – сядьте. Затем сделайте быстрый выдох.

Надеемся, что пациент сумеет выбрать из предложенных релаксационных методик «свою». Ни одна из них не носит характера строгой инструкции. Скорее наоборот, следовало бы «подгонять» их применительно к себе. Прислушиваться следует к своему телу, оно даст наиболее точный ответ, что для него лучше, другими словами, что ему всего приятнее.

Приведенные выше техники (за исключением прогрессивной мышечной

релаксации Джекобсона) представляют собой простые тренажи, которые следует воспринимать как создание базы для овладения более сложными приемами или просто как один из видов активного отдыха.

Из сложных методов, рассчитанных на длительный срок, в нашей стране наиболее популярна аутогенная тренировка Г. Шульца.

Аутогенная тренировка (метод Шульца)

Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

Создателем метода аутогенной тренировки по праву считают **Иоганса Генриха Шульца**, ему же принадлежит и термин «аутогенная тренировка». Временем создания метода считают 1932 г., однако корни его рождения уходят в далекое прошлое (см. предыдущий раздел).

После учебы в Познани, Геттенгене и Бреслау Шульц некоторое время занимался исследовательской и преподавательской работой в институте психологии им. Пауля Эрлиха во Франкфурте, где (будучи по профессии дерматологом) он читал лекции по психотерапии. Через некоторое время Шульц получил диплом невропатолога и занял место главного врача санатория «Белый олень» под Дрезденом. В 1924 г. он переехал в Берлин, где были написаны основные его труды (более 400), в том числе монография «Аутогенная тренировка – сосредоточенное саморасслабление» (1932), формально давшая начало методу аутогенной тренировки.

Шульцу еще при жизни посчастливилось быть свидетелем «победного шествия» аутогенной тренировки. В 1961 г. был создан Интернациональный координационный комитет для клинического применения и обучения аутогенной терапии (USAT), куда вошел и представитель СССР. Особо широкое распространение аутогенная тренировка получила в Германии, США, Канаде.

Ученый успел даже написать предисловие к 13-му изданию своей книги, вышедшему в 1970 г. В нем Шульц с тревогой писал: «Широкое распространение метода привело к тому, что, к сожалению, к нему

«примазались» и шарлатаны: один священник обещает детям легкие пути к самообладанию, различные «институты психологии» рассылают проспекты, отмечая мимоходом, что их руководители имеют ученые степени и звания, и тому подобное. Даже коллеги издают без конца «Сборники упражнений» для самостоятельных занятий без врачебного контроля». Между тем почти за 40 лет до этого в предисловии к первому изданию своей известной книги Шульц писал:

«Настоятельно предупреждаем читателей, не имеющих отношения к медицине, о недопустимости использования нашего метода самостоятельно или с посторонней помощью без врачебного контроля; так как по своей внутренней сути аутогенная тренировка направлена на перестройку сознания человека, ее необходимо осуществлять под медицинским наблюдением».

Умер Шульц 27 сентября 1970 г. в возрасте 86 лет. В СССР аутогенная тренировка систематически стала изучаться примерно с середины 50-х годов (А. М. Свядощ, М. С. Лебединский, Г. С. Белов, А. С. Ромен и др.). Этому методу посвящены монографии А. С. Романа (1970), А. Г. Панова, Г. С. Беляева, В. С. Лобзина, И. А. Копыловой (1980), В. С. Лобзина и М. М. Решетникова (1986) и др.

Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод, по своему характеру является методом синтетическим (Лобзин, Решетников, 1986). В его основе лежат находки древнеиндийской системы йогов, опыт исследования ощущений людей, погружаемых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Куэ, Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт применения мышечной релаксации (Джекобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Основной заслугой Шульца является, прежде всего, то, что он освободил учение йоги от распространенной интерпретации или от налета мистицизма.

Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки в отличие от

ее многочисленных модификаций называется *классической* и делится на 2 ступени: 1-я, или начальная (АТ-1), и 2-я, или высшая (АТ-2).

Тот, кто желает научиться действенной релаксации, может обратиться к хатха-йоге. Там не идет речи о самостоятельном обучении релаксации и только. Просто из упражнений йоги можно составить ряд таких, которые будут носить активный релаксационный характер. Но и тут мы хотели бы предостеречь от стремления овладеть всем этим «на свой страх и риск». В противном случае существует опасность того, что дело закончится хуже, чем у известного героя, убедившегося на собственном опыте, что его главное достижение в области химии, а именно разбавление кислоты водой, – идиотизм. Да по нынешним временам и не проблема найти квалифицированного специалиста, обучающего йоге, или, если хотите, гуру.

Нередко люди сетуют на то, что все их попытки заняться релаксацией заканчиваются обыкновенным засыпанием. Данное обстоятельство никоим образом не вредит делу; быть может, они крайне нуждаются в этом сне. Но, учитывая тот факт, что в конкретной ситуации могут возникнуть проблемы, мы рекомендуем упражняться в релаксации вечером, перед сном, один раз в день. Конечно, человек всегда стремится к большему; однако не перебарщиваете ли вы с расходом энергии? Если вы постоянно балансируете на грани истощения сил, бежите от чего-либо или от самого себя, не лучше ли в таком случае прибегнуть ко сну? Впрочем, задавайтесь подобными вопросами по мере того, как вам захочется получить на них ответ. А пока отдайте должное темным закоулкам своей души и ограничьте занятия релаксацией временем, предшествующим сну.

Когда человек решает начать работать над собой, главное – это «захотеть», позволить событиям идти своим чередом. Методы самопринуждения не приводят к желаемым результатам. При таком порядке вещей речь идет исключительно о попытке вызвать в себе автократичного родителя, вечно порицающего недостатки и хлопающего бичом. Тем самым итог будет двояким. Ребенок внутри вас либо взбунтуется, начнет вставать на

дыбы, и вы будете конфликтовать с ним до тех пор, пока не выберетесь из сложившейся невыносимой, запутанной ситуации посредством отречения от всех психогигиенических методов. Либо ваш «ребенок» будет испытывать страх перед родительским наказанием и отказом, и тогда дело закончится депрессией.

Вспомните пору детства, когда весь день был в вашем распоряжении и у вас не было никаких особых обязательств. Вы занимались только тем, что вас интересовало, развлекало, тем, что вам нравилось в данный момент. Вы не заботились о том, что та или иная игра может значить в будущем, какие дивиденды она способна принести вам в зрелом возрасте.

Попробуйте вернуться к этому подходу. Практика самопринуждения не всегда должна быть сознательной. В противном случае подобные действия могут оказать и негативное влияние на вашу способность овладеть релаксацией. Для тех, кому, несмотря на все старания и систематичность, не удастся достичь успеха, у нас есть иной рецепт. Он ничуть не повредит и всем остальным, ибо создает очень хорошую базу для медитационных подходов, углубляющих самопознание.

Релаксация с элементами медитации по Шакти Гавайи

1. Лягте на спину. Руки вытянуты вдоль тела или сцеплены на животе. Закройте глаза, дышите спокойно, довольно медленно и глубоко.

2. Представьте себе, что ваше тело озарено золотистым светом. Сделайте медленный глубокий вдох и выдох. Повторите это пять раз, уделяя внимание светящемуся пятну, пока не почувствуете, что свет исходит из вашего темени.

3. Переключите внимание на шею. Представьте, что она тоже излучает золотистое сияние. Сосредоточившись на этом излучении, пять раз медленно вдохните и выдохните.

4. Мысленно сосредоточьтесь на центральной части вашей груди. Представьте исходящее из нее сияние. Вновь пять раз глубоко вдохните и выдохните. Ощутите, как в вас нарастает энергия.

5. Переведите внимание на солнечное сплетение, представьте пятно золотистого света вокруг углубления над желудком. Медленно вдыхайте и выдыхайте из него воздух. Повторите это пять раз.

6. Теперь представьте свет вокруг вашего таза. Сделайте пять вдохов и выдохов, сосредоточьтесь на ощущениях, будто световая энергия выделяется и нарастает.

7. Наконец, представьте сияние вокруг ваших ног и сосредоточьтесь на нем свое внимание в течение пяти дыхательных циклов.

8. А теперь представьте себе все шесть сияющих пятен одновременно. Ваше тело напоминает нить драгоценных камней, излучающих энергию.

9. Дышите глубже и на выдохе представляйте себе, как энергия разливается по поверхности левой части вашего тела от темени к нижним конечностям. При вдохе представляйте обратный процесс – как она струится по правой стороне тела к темени. Позвольте этой энергии циркулировать таким образом трижды.

10. Затем на замедленном выдохе представьте, как поток энергии движется от темени по передней части тела к нижним конечностям. При вдохе почувствуйте, как он движется по задней части тела к темени. Позвольте ему циркулировать таким образом также три раза.

11. Теперь представьте, что энергия накапливается у ваших ног; позвольте ей медленно продвигаться вверх по центральной части тела от нижних конечностей к голове, а затем в обратном направлении – по поверхности корпуса к нижним конечностям. Повторяйте эту процедуру, пока она доставляет вам приятные ощущения.

Таков подход автора. Мы же добавим от себя, что данную релаксацию можно завершить так же, как любую другую (то есть прежде всего медленно и безо всякого насилия над собой).

Релаксация умственной деятельности

Через четверть часа после полной релаксации представьте (с закрытыми глазами), что видите потолок и пол помещения, в котором находитесь. Если

воображаемое вами результативно, вы ощутите то же мышечное напряжение, которое испытали бы при выполнении этого задания «наяву». Расслабьтесь на пять-десять минут. Затем вообразите себе стену слева от вас и справа. Цель – выработка умения вызывать интенсивный мысленный образ, а тем самым и напряжение в соответствующих группах мышц.

В дальнейшем (опять же после релаксации) представьте себе, что мимо вас проезжает автомобиль. Подобным образом можно упражняться с любыми движущимися предметами; можно вообразить, будто идет поезд, пролетает самолет или птица, катится мяч и т. п. Прочувствовав напряжение в глазах при мысленных представлениях движущихся объектов, сосредоточьтесь на представлениях напряжения глазных мышц при «наблюдении» за неподвижными объектами, например, вообразите себя за чтением какой-либо книги. Такой подход ведет к «вычищению мыслей» – уже во время или после упражнения вы почувствуете, что ваши мысли как бы улеглись, перестали вас волновать, ни одна из них не мелькает в вашем мозгу.

Для умственного успокоения Джекобсон рекомендует представить себя разговаривающим с другими людьми. В случае интенсивности воображаемого вы ощутите напряжение в области языка, горла, на губах, а в отдельных случаях и напряжение челюстей.

Релаксация мышц ног

Можно начать с повторения упражнений для рук, но делать это вовсе не обязательно. Если вы уже научились распознавать напряжение и расслабление в каждой группе мышц и способны управлять этими процессами, то можете сразу приступить к релаксации. Итак, расслабьтесь всем телом, тренировать будете только ноги (сначала левую, потом правую).

Упражнение 1. Согните ногу в колене – напряжены мышцы в верхней части ноги и под коленом. Тренируемся в трехкратном чередовании напряжения и расслабления.

Упражнение 2. А теперь наоборот, выгибаем конечность носком к себе. Напряжение и расслабление икры.

Упражнение 3. Напряжение и расслабление в верхней части бедра – тренируемая нога свисает с кровати (дивана и т. д.), тем самым вы достигаете напряжения. Затем верните ногу в исходную позицию и сосредоточьтесь на расслаблении.

Упражнение 4. Напряжение в нижней части бедра – достигается сгибанием ноги в колене.

Упражнение 5. Напряжение в области тазобедренного сустава и живота – приподнимите ногу таким образом, чтобы был согнут только тазобедренный сустав.

Упражнение 6. Напряжение ягодичных мышц – положив под колено несколько книг, усиленно надавливайте на них.

Данные шесть упражнений разрядите одним или двумя занятиями на повторение, либо предусмотрите одно занятие, посвященное исключительно релаксации.

Релаксация мышц туловища

Упражнение 1. Мышцы живота – выполняем следующим образом: либо сознательно втягиваем живот в себя, либо медленно поднимаемся из положения лежа в положение сидя.

Упражнение 2. Мышцы, расположенные вдоль позвоночника – напряжение достигается посредством прогибания и выгибания в пояснице (в положении лежа на спине).

Упражнение 3. Мышцы дыхательной системы. До начала упражнения рекомендуется осуществить примерно получасовую общую релаксацию. Затем проведите серию глубоких вдохов и выдохов. При этом вы постоянно будете ощущать напряжение, возникающее в грудной клетке при вдохе (возможно, что на первых порах вы будете отмечать лишь напряжение под грудиной; благодаря тренировкам вы легко научитесь распознавать его и в других частях грудной клетки). Когда вам станет ясна общая картина напряжения в процессе глубокого дыхания, вы сможете определить его и при нормальном дыхании. Цель данного упражнения – не контроль дыхания (как в

ряде других релаксационных методик), скорее наоборот – речь идет о том, чтобы избавить этот процесс от произвольного влияния волевых факторов, с тем, чтобы он функционировал абсолютно спонтанно.

Упражнение 4. Релаксация мышц плеч. Подразумевает приобретение нескольких навыков. Скрестив вытянутые вперед руки, вы зафиксируете напряжение в передней части грудной клетки; посредством вращения плеч назад – напряжение между лопатками, поднятием их – напряжение по бокам шеи и в верхней части самих плеч.

Напряжение в левой стороне шеи достигается наклоном головы влево, в правой – вправо. Фиксация его в передней и задней сторонах имеет место при наклонах головы вперед и назад. Данное упражнение на релаксацию плеч можно делать в один прием, но можно и поэтапно. Упражнения на релаксацию туловища в целом следует проводить примерно неделю (если вы посчитаете нужным закрепить некоторые навыки, в таком случае предусмотрите занятия, посвященные исключительно расслаблению).

Релаксация мышц глаз

Упражнение 1. Напряжение в области лба – достигается сдвиганием кожи на лбу в морщины.

Упражнение 2. Напряжение мышц век – сдвигаем брови, глаза плотно закрыты.

Упражнение 3. Напряжение глазодвигательных мышц – при этом мы ощущаем напряжение в глазном яблоке. При закрытых глазах смотрим вправо, влево, вверх, вниз. Тренируемся до тех пор, пока не будем способны четко распознать напряжение, а тем самым и избавиться от него (то есть расслабить данные мышцы).

Упражнение 4. Напряжение глазодвигательных мышц – овладев предыдущим упражнением, откройте глаза и следите за тем, что происходит, когда вы переводите взгляд с потолка на пол и наоборот. Прочувствуйте напряжение и расслабление.

Релаксация лицевых мускулов

Упражнение 1. Стиснув зубы, проследите во всех деталях за сопутствующим этому напряжением. Расслабьтесь. Повторите упражнение несколько раз.

Упражнение 2. Откройте рот. Какие мышцы напряглись при этом? Вы должны ощутить напряжение перед ушными раковинами, но только более глубоко.

Упражнение 3. обнажите зубы, следите за напряжением в щеках. Расслабьтесь.

Упражнение 4, Округлите рот, как бы говоря «ох!», прочувствуйте напряжение, затем расслабьте губы.

Упражнение №5. Отодвинув язык назад, следите за напряжением, расслабьтесь.

Упражнения с сидерическим маятником

То, что не поддается словесному выражению, иногда можно объяснить иным способом. Возьмите какой-нибудь маленький предмет (кольцо, пуговицу) и привяжите к нему нитку длиной двадцать–двадцать пять сантиметров. Затем сядьте поудобнее таким образом, чтобы при этом держать конец нитки, на которой висит груз, между большим и указательным пальцем доминантной, правой (у левшей – левой) руки. Обопритесь рукой о ручку кресла, колено, стол, так чтобы и висящий предмет мог двигаться, и вам было бы удобно сидеть.

Сделайте небольшие упражнения на дыхание – три медленных вдоха и выдоха (исключительно через нос), одновременно следите за висящим на нитке грузом. Сосредоточив на нем свое внимание, пожелайте, чтобы он раскачивался, как часовой маятник. Рукой не совершайте никаких движений (во избежание переутомления и нежелательных движений ваша рука должна постоянно чувствовать под собой опору).

Если вы сумеете сосредоточиться, то через некоторое время обязательно добьетесь нужного эффекта. Можете либо представлять себе это

маятникообразное колебание, либо мысленно или вслух говорить: «Кольцо раскачивается, как маятник, туда – сюда». Затем попробуйте изменить амплитуду колебаний. Пожелайте, чтобы ваш маятник то замедлял, то ускорял свой ход. Если это удастся сделать, сосредоточьтесь на видоизменении движения маятника, пусть оно преобразуется в круговое (опять же можете представлять себе это или выразить в словесной форме). Когда движение груза станет круговым, поиграйте немного в изменения диаметра круга, описываемого вашим предметом.

Одни из вас успешно справятся с данным упражнением в первый же день, другим потребуется на это несколько дней. Как только груз начнет вас слушаться, сосредоточьтесь на ощущениях, которые испытываете в то время, как это происходит. Особое внимание обратите на ощущения в руке. К данному упражнению следует приступить примерно через день после того, как предмет станет исполнять вашу волю. Не стремитесь достичь мгновенного результата, в промежутке между чтением вечерних газет и теленовостями. Тут действует тот же закон, что и в любом другом виде обучения. Пospешайте не торопясь! Иначе все бессмысленно.

Испытав и прочувствовав ощущения, обусловленные участием в упражнении определенных мышц, повторите все то же самое, обращаясь с грузом уже естественным образом. Это не составляет труда, поэтому можно будет сосредоточиться на своих ощущениях при первой же попытке. Далее сравните испытанные ощущения, те, которые возникают, когда предмет движется по вашему желанию, с теми, которые возникают, когда вы сами приводите его в движение.

Выводы

Комплекс данных упражнений представляет собой краткий протокол, являющийся не столько предписанием для работы с пациентами, сколько пример того, как можно построить аналогичный протокол. Обычно в зависимости от потребностей больного в упражнения включаются специфические мышечные группы и даже отдельные мышцы. Важно

отметить, что Jacobson ясно подчеркивает важность расслабления лицевых мышц, особенно мышц зева, рта и глаз для достижения максимального расслабления. Поэтому при разработке протокола ему можно придать более специализированный характер, что связано с релаксацией этих мышечных групп.

Клинический психолог может посоветовать пациенту разработать свой индивидуальный протокол, а также дать или помочь составить больному магнитофонную запись для домашних занятий.

Прогрессивная мышечная релаксация Джекобсона является великолепным источником, содержащим ряд дополнительных и гораздо более специализированных упражнений. Однако, в конечном счете именно специалист должен оценить на индивидуальной основе степень клинической пригодности любой формы нервно-мышечной релаксации.

Табл. 1 может быть использована в качестве проверочного списка тех важных методических аспектов, которые должны учитываться при обучении пациентов нервно-мышечной релаксации. По выполнении каждого из этапов просто отмечайте «галочкой» (V). Эту же таблицу можно использовать для оценки уровня овладения студентом этими клиническими методами. Ее можно перепечатать и использовать в клинических или учебных целях.

Таблица 1. Сводный перечень компонентов нервно-мышечной релаксации

Подготовка к использованию:
1. Определите противопоказания.
2. Узнайте, есть ли у пациента знания (опыт) применения методик.
3. Дайте пациенту общее введение и теоретическое обоснование по использованию методики.
4. Опишите соответствующие условия для занятий.
5. Проинструктируйте пациента относительно различия между мышечным «напряжением» и мышечной «контрактурой».

6. Проинструктируйте пациента относительно соответствующего способа дыхания.
7. Продемонстрируйте неформально все используемые конкретные упражнения на сокращение мышц.
8. Опишите, «как» Вы будете давать инструкции и сигналы.
Последовательные этапы для расслабления каждой мышцы:
1. Опишите конкретную мышцу и «как» ее сокращать.
2. Дайте пациенту сигнал начать сокращение.
3. Попросите пациента удерживать напряжение и поощряйте его к еще большему напряжению.
4. Дайте пациенту сигнал прекратить напрягать мышцу, т. е. расслабиться.
5. Помогите пациенту ощутить состояние только что расслабленной мышцы вербальными и интонационными средствами.
6. Поощряйте дальнейшее расслабление.
7. Сделайте паузу и дайте пациенту возможность осознать свои ощущения.
8. Если это возможно, продолжайте работать с противоположной группой мышц.

Клинический психолог может использовать и другие варианты нервно-мышечной релаксации, состоящие из физически пассивной формы, использующей концентрацию сенсорного внимания и направленное сосредоточение для снижения мышечного напряжения.

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ СТРЕССЕ. КОГНИТИВНЫЙ СУБСИНДРОМ СТРЕССА

В большинстве работ, посвященных познавательным процессам при стрессе, рассматривается только негативный вариант стрессовой трансформации мышления. Это было вызвано насущной необходимостью «исправления» неблагоприятных изменений процессов мышления,

возможных при стрессе. Такие изменения, сказываясь на целеполагании, ценностных ориентациях, могут существенно менять направленность решений человека, деформируя его личность. Принимая во внимание возможность неблагоприятных влияний стресс-факторов на характер мышления, не следует забывать, что при стрессе, тем более при эустрессе, могут происходить значительные благоприятные изменения познавательных процессов и процессов самосознания, осмысления действительности, памяти и т. д.

Эмоциональность мышления при стрессе

Одно из первых проявлений влияния эмоций, обусловленных стрессом, на мышление – это возникновение экзотичной либо дискомфортной окраски мысленных образов, представлений, намерений и т. п. Следует сказать, что и дальнейшие, более глубокие стрессовые изменения мышления, как правило, взаимосвязаны с эмоциями, сопряженными со стрессом.

Можно считать целесообразным подразделение изменений мышления при стрессе на три типа:

- 1) активизация мышления субъекта с адекватным отражением действительности в сознании субъекта,
- 2) гиперактивизация мышления
- 3) «уход» от решения стрессогенных проблем (см. рисунок 16).

Активизация мышления при стрессе

Первый тип изменения мышления в большинстве случаев может проявляться в виде активизации дискурсивно-логического мышления. Может усиливаться либо интегративное осмысление всей информации, которой располагает субъект (информации о текущем моменте, извлекаемой из фондов памяти и как продукта ассоциаций и представлений и т. д.), либо дезинтегративное (дифференцирующее) осмысление такой информации. В первом случае происходит своего рода композиционная концептуализация стрессогенной ситуации. Это приводит к возникновению в сознании сравнительно упрощенного схематизированного представления о ситуации с

выделением главных, по мнению субъекта, аспектов и с отсеиванием субъективно малозначимых. Во втором случае у человека при стрессе происходит декомпозиционная концептуализация экстремальной ситуации и всей информации, ассоциируемой с этой ситуацией. При этом расширяется сфера осмысливаемой информации, поступающей к индивиду в текущий момент, извлекаемой из памяти, креативно воссоздаваемой и т. п. Очевидно, что оба вида стрессовой активизации мышления имеют адаптационно-защитное значение и направлены на овладение стрессогенной ситуацией.

Оптимальным для такого овладения и купирования стресса явилось бы гармоничное сочетание или чередования композиционной и декомпозиционной концептуализации стрессогенной ситуации. Чрезмерное усиление одного либо другого типов стрессовой трансформации мышления лишило бы его целесообразности в смысле правильного понимания экстремальной ситуации и выходов из нее. Чрезмерная зауженность мышления, упрощенная мысленная схематизация происходящих событий могли бы увести субъекта от верных решений; поиски разрешения критических событий пришли бы в тупик, что могло бы затормозить процесс мышления. Так же и чрезмерно широкий мысленный охват информации, относящийся (и не относящейся) к критической ситуации, требующей разрешения, привел бы к невозможности такой-то разрешения. Это, в свою очередь, могло «застопорить» мышление. В обоих вариантах чрезмерность дискурсивного мышления способствовала бы его приостановке, осознанию субъектом неразрешимости стрессогенных проблем, растерянности и возможно привело бы к тем или иным негативным эмоциям.

Можно различать активизацию мыслительных процессов при стрессе по направленности интересов личности: либо «вовне» (экстравертированная), либо «в себя» (интравертированная). Активизация первого вида – повышение интенсивности анализа стрессогенной обстановки в поисках выхода из экстремальной ситуации для всех членов группы, для блага других и т. п. (социально-положительная), только для себя, в ущерб другим, поиски способа

мести и т. п. (социально-отрицательная). Активизацию мышления второго вида также можно подразделять на положительную: углубленность «в себя», которая сопровождает интенсификацию, решения актуальных задач, творческую активность, обострение–интуиции и т. п.; отрицательную: с «уходом» от решения стрессогенных проблем.

Развитие стрессовых трансформаций мышления может привести либо у «уходу» от решения стрессогенной проблемы (вплоть до возникновения психопатологических состояний или асоциальных устремлений личности), либо к возникновению инсайтных форм мышления. В последнем случае переход от дискурсивно-логического к инсайтному мышлению часто опосредуется стадией мыслительной растерянности, эмоциональной подавленности, а иногда с переживаниями горя, безвыходности и т. п., что можно рассматривать как стадию «псевдоухода» от решения стрессогенной проблемы. Такая стадия, как правило, необходима для возникновения мыслительного «озарения», инсайтного решения задачи, казавшейся неразрешимой. *Существуют специальные дренажи для усиления в человеке способности к состоянию напряженно-спокойной готовности к мгновенным действиям в хронически опасной ситуации.* Анализ стрессового инсайтного мышления выявляет в нем феномен взаимной «экспансии» сознания и неосознаваемых психических процессов (подсознания). Именно в этом ракурсе следует рассматривать феномены так называемой субсенсорной чувствительности, «замедления» времени и др., многочисленные описания которых известны. Возможно, с подобного рода «экспансией» связано возникновение и других многих стрессовых иллюзий, таких, как кажущееся искажение визуального пространства, сдвиг его. Подверженность таким иллюзиям при стрессе индивидуальна и может по ряду признаков прогнозироваться для людей.

К другому типу стрессового изменения мышления может быть отнесена **гиперактивизация мышления**. Ею могут быть обусловлены навязчивые мысли и образы, возникающие при стрессе, бесплодное фантазирование в

экстремальной ситуации и т. д. Иногда трудно сказать, чем в большей мере могут быть вызваны эти проявления ментальной гиперактивности – многолетним «стрессом жизни», трансформирующим личность, или же личностными особенностями, предрасполагающими индивида к «стрессу жизни». Карл Менингер категорически возражает против того, чтобы гиперактивность мышления при стрессе (как правило, сопровождающаяся активизацией вегетативных симптомов) рассматривать как «тревожность», которая, по его мнению, – самостоятельный феномен, появляющийся или усиливающийся при стрессе. Со стрессовой гиперактивностью мышления связывают «гипернастороженность», проявляющуюся в виде бессонницы, т. е. защитного бодрствования, боязливости и т. п. Ментальная стрессовая гиперактивность часто сопряжена с возникновением в экстремальной ситуации гиперэмоциональности, гиперподвижности. При стрессе могут возникать неблагоприятные социально-психологические концепты: обидчивость, вспыльчивость, недоверчивость или, напротив, избыточная доверчивость, неоправданная реальным положением дел; застойность неадекватных представлений субъекта об отрицательном к нему отношении окружающих людей и о необходимости защитных и агрессивных действий и т. п. После прекращения действия экстремальных факторов люди вспоминали эти негативные мыслительные акции, оценивая их как неадекватные имевшейся ситуации и неуместные.

«Уход» от решения стрессогенных проблем

К третьему типу субсиндрома изменения мышления при стрессе можно отнести различные проявления ***«ухода» от решения стрессогенных проблем.*** Это, во-первых, «замещение» их решения решениями «побочных» проблем, не имеющих отношения к стрессогенной проблеме, или решениями частных, подготовительных подпроблем, во-вторых, разные формы уменьшения активности мышления. Проблема «замещающих» действий мыслей при стрессе посвящена обширная литература. Их роль могут выполнять различные отвлекающие от «давления жизни» пристрастия, хобби. В разные

исторические эпохи широкое распространение приобретали отвлечение (и самоотвлечение) за счет религиозных и мистических акций от «стресса жизни», основной причиной которого являлись классовые противоречия и социальные проблемы. «Замещающее» действие, может, во-первых, уменьшать так или иначе сформированную психологическую установку индивида к совершению неблагоприятного (согласно принятым нормам поведения) действия, во-вторых, побуждать индивида к позитивным действиям. Не разрешая критической проблемы, порождающей стресс, т. е. не уменьшая внешнего стресс-фактора, «замещающие» действия и мыслительная активность, связанная с ними, уменьшают в той или иной мере предрасположенность субъекта к стрессу, т. е. снижает эффект внутреннего стресс-фактора. Существует мнение о том, что феномен «замещающей» деятельности при стрессе является принадлежностью определенных этапов развития человечества. «Это средство «замещения», которое Фрейд так блестяще заново открыл клинически, старо, как мир: как куклы, и идола, и козлы отпущения. Можно лишь предполагать, до какой степени оно пропитывает наше мышление! Ибо чем же являются предрассудки, чрезвычайные антипатии и фанатические отношения за и против чего-либо, как не замещением чем-то символическим того объекта, который на самом деле боятся, ненавидят или любят».

«Уход» от решения стрессогенных проблем, от борьбы со стрессором может происходить путем уменьшения мыслительной активности. В чрезвычайных критических для субъекта ситуациях оно может происходить за счет некоторых физиологических механизмов. Психологические стрессоры могут вызывать нарколепсии, обморочные состояния, важную роль в возникновении которых играют физиологические процессы. При обмороке происходит временное полное прекращение мышления. Известны разного рода стрессовые амнестические состояния, когда субъект, сохраняя дееспособность в экстремальных условиях, не запоминает (а может быть, не может вспомнить?) происходящих в этих условиях событий. Особый интерес

представляют случаи фрагментарных амнезий, когда в памяти субъекта сохраняется вся ситуация, все присутствующие лица этих действия, кроме тех, кто неприятен (стрессогенен) для субъекта. Уменьшение умственной активности при стрессе может происходить в форме, которая воспринимается интраспективно как «застопоренность» мыслей, «толчение мыслей на месте», невозможность сдвинуться вперед на пути обдумывания проблемы, отсутствия новых, «нужных» мыслей и т. п.

При длительных экстремальных воздействиях могут возникать неблагоприятные проявления мыслительной активности, направленной «в себя», в виде снижения субъективной значимости контактов с реальным пространством и с настоящим временем, со снижением производства полезной продукции. При этом возможны симптомы обеднения или даже распада личности. Человек начинает думать о прошлом больше, чем о настоящем, или он мечтает о будущем, не делая ничего в настоящем для достижения предмета мечтаний. Снижается активирующее влияние реальной пространственной среды на процессы внимания, на побуждения человека. Возникновение у человека отрицательной, направленной «в себя» активизации мыслительных процессов может привести к резкому снижению надежности человеко-машинной системы, в которую он включен. Человека-оператора с такими проявлениями дистресса надо во избежание трагических последствий на время (или постоянно) освободить от действия стрессоров, вызвавших у него указанные симптомы психологического дистресса.

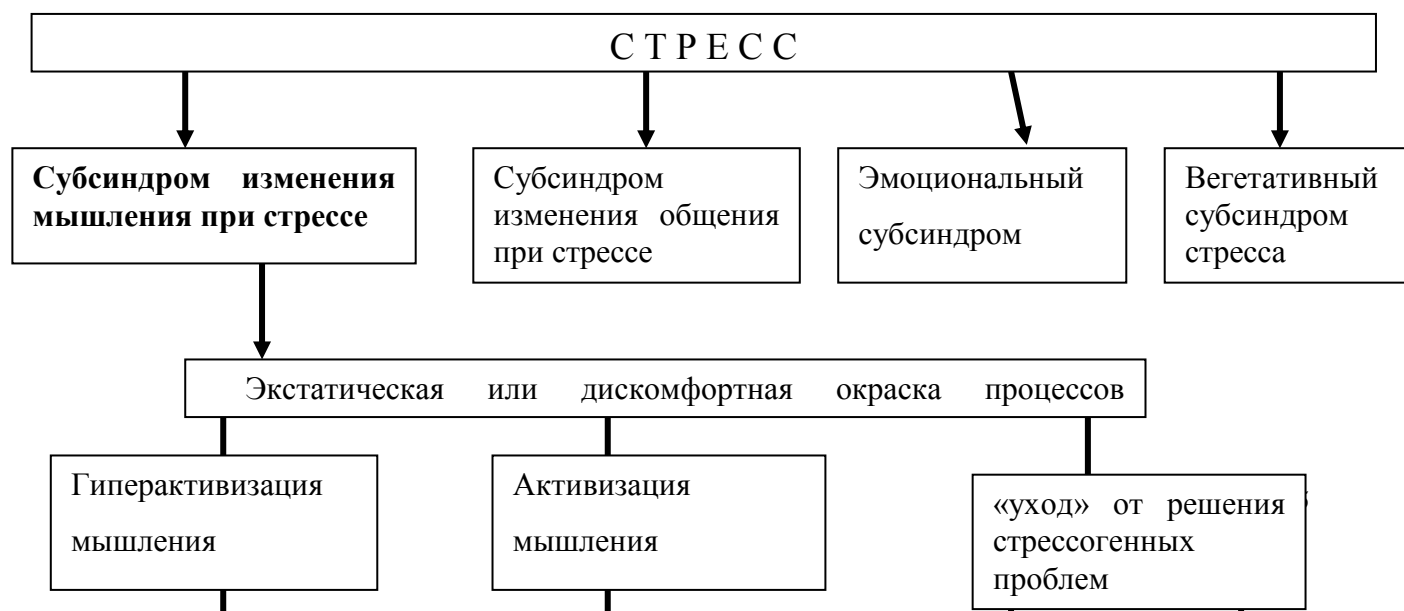
«Соблазнительно поразмышлять в этой связи,— замечает известный психиатр К. Менингер,— относительно распространенности этого симптома среди населения. Мы, психиатры, обычно думаем об этом с точки зрения тех, кто страдает от изоляции: и мы, и они привыкли думать о них как о более или менее «больных». Однако насколько менее, возможно, больны они, нежели те многие миллионы «здравомыслящих» (тех, кто в своем уме), которые делают невидимыми для себя страдания большинства человечества и которым путем отрицания, избегания, выученного невежества, предубеждения, разного рода отвлекающих пристрастий удается избежать даже осознания мировой трагедии, т. е. реальности в широком

смысле!».

Сон и стресс

Большинство исследователей сообщают о благоприятном действии сна на самочувствие и состояние человека, перенесшего острый стресс или находящегося в условиях ежедневных стрессовых воздействий. Вместе с тем известно, что характер сна меняется при стрессе. Отмечено, что наиболее «уязвимым» оказывается так называемый парадоксальный сон—его продолжительность уменьшается; снижается глубина сна, нарушается индивидуальная ритмичность фаз сна. Чем больше дистрессогенный эффект воздействия, например при хирургическом вмешательстве, тем более выражены указанные изменения сна. При этом может уменьшаться антистрессовый эффект сна. При дистрессе в условиях медленного вращения была отмечена легкая пробуждаемость испытуемых в любое время ночи. Испытуемые сообщали, что ночью они несколько раз просыпались, чтобы перевернуться «на другой бок». При каждом пробуждении они чувствовали себя совершенно проснувшимися, но тут же могли заснуть снова. Большинство обследованных сообщали, что хотя спали ночью плохо, но утром чувствуют себя хорошо выспавшимися и помнят 6–8 снов. Эти воспоминания отличались яркостью образов и эмоциональностью переживаний. Один испытуемый сообщал, что с первой ночи в условиях вращения ему впервые в жизни стали сниться цветные сны.

Рисунок 16. Схема развития когнитивного субсиндрома стресса



<p>решение побочных («замещающих») проблем</p> <ul style="list-style-type: none"> - отвлекающие пристрастия - мистические акции - «уход» в мысли о прошлом или о будущем - поиск нетривиальных задач и решений 	<p>уменьшение активности мышления: амнестические состояния; «социальная робость»; «потеря интереса к жизни»; нарколепсия; «толчение» мыслей на месте</p>
--	--

Подобные изменения сна были отмечены у ряда спортсменов в начальном периоде усиленных тренировок, у некоторых участников экспедиций в труднодоступных местностях во время первых 2–5 ночей, т. е. в периоде наиболее субъективно ощутимой адаптационной перестройки организма в стрессогенных условиях. Некоторые из обследованных сообщали, что всякий раз, когда они попадают в условия, связанные с тяжелой физической нагрузкой, им на протяжении нескольких первых ночей снятся тягостные сны, сопряженные с чувством вины. По мнению И.М.Фейгенберга, во время сна «преобладающее значение имеют «внутренние ходы», через

которые поступает информация, хранящаяся в мозгу, – память о прошлом, прогноз и планы на будущее».

Приведем пример: У испытуемого Ко-ва в ходе 15-суточного непрерывного стрессогенного вращения развились болезненные проявления дистресса – кинетоз. Тем не менее, у него сохранялась психологическая установка на необходимость преодоления проявлений дистресса и вместе с этим регистрировалась удовлетворительная работоспособность. Указанная двойственность проявлялась в направленности изменений показателей перцепции. Ухудшилась аккомодационная возможность зрения, снизилась способность к конвергенции глазных яблок, при длительном напряжении возникали болезненные ощущения в области глазниц. Таким образом, имели место симптомы астиопии. Это усиливало неблагоприятные проявления дистресса: чувство тошноты, мышечную слабость, головную боль. Такие же явления были зарегистрированы нами у всех испытуемых в аналогичных экстремальных условиях. В то же время у Ко-ва, как и у других испытуемых, существенно возросла острота зрения, т. е. один из ведущих показателей зрительной работоспособности. Острота зрения связана с центральным колбочковым зрением, обеспечивающим цветовосприятие. В связи с этим можно было предположить, что цветовосприятие у Ко-ва при дистрессе улучшилось. Пороговая чувствительность к коротковолновой (синей) части спектра действительно возросла. В то же время чувствительность к средне- и длинноволновым цветовым тонам (зеленому, желтому, красному) снизилась. Надо полагать, увеличение остроты зрения (несмотря на симптомы астиопии) связано не с тотальным повышением чувствительности колбочкового зрения, а с активизацией высших интегративных уровней зрительной системы.

Взаимодействие систем цветовосприятия – пример сложности взаимодействующих систем в структуре анализатора «одной» модальности. Стрессогенные факторы могут изменять сбалансированность этих систем, что проявляется в изменениях показателей восприятия и регистрируется инструментально, и воспринимаемых субъектом как субъективно заметные изменения внешней среды, а если их, по его мнению, «быть не может», что интерпретируемые им как сенсорные иллюзии. Большой серией экспериментов при кратковременном гравитоинерционном стрессе были установлены разнонаправленные изменения чувствительности зрения к синему и желтому насыщенным и спектральным тонам [114, 120]. Если

ненаасыщенные цветовые тона (близкие к порогу различения цвета) при изменении действия силы тяжести (возникновение ускорения 1,5 g или невесомости) казались еще менее насыщенными или бесцветными, то насыщенные тона при тех же воздействиях казались более насыщенными и яркими. При возникновении невесомости испытуемым казалось, что намного ярче других насыщенных цветов становился желтый тон. При ускорении 1,5 g несколько более ярким и насыщенным казался синий цвет. Эксперименты проводились с окрашенными полями, колориметрированными с помощью «Атласа цветов» Е. Б. Рабкина.

Указанные качественные данные [114] были подтверждены результатами количественных измерений восприятия спектральных тонов. С помощью спектроаналитического прибора создавалось цветовое поле, одну половину которого создавал спектральный зеленый тон, другую—субъективно неотличимый от него зеленый тон, смешанный из желтого и синего спектральных тонов. Чтобы сохранять уравнение цветовых тонов, испытуемые были вынуждены в невесомости «добавлять» к смешанному тону синий Цвет, а при действии ускорения 1,5 g «добавлять» желтый цвет.

Связь восприятия с вегетативными функциями организма может быть проиллюстрирована эффектом цветовых воздействий на вегетативные симптомы стресса. Экспериментально установлено, что «цветовая нагрузка» с использованием коричневого, оранжевого и ряда других цветов, но больше всего желтого цвета заметно усиливает имеющуюся при кинетозе тошноту [122]. Быстрая установка перед испытуемым яркого желтого экрана могла при наличии тошноты вызвать рвоту; это воздействие часто вызывало у испытуемых (при наличии у них симптомов кинетоза) ощущение удара в живот. «Цветовая нагрузка» с использованием голубого, фиолетового и главным образом синего цвета несколько снижала тошноту при кинетозе. В описанных выше исследованиях при стрессе максимально противоположные эффекты оказывали желтый и синий тона. О полярности субъективной оценки желтого и синего цветов говорил известный художник Кандинский.

Функциональные механизмы, лежащие в основе этой полярности, следует обсуждать с учетом двойственности нашего зрения, т. е. учитывая наличие фотопического и скотопического зрения и то, что максимальная чувствительность одного адресована к желтой, другого – к синей частям цветового спектра. Полярные эффекты желтого и синего цветов были подмечены в древности и отражены в представлениях о субстанциях «ян» и «инь». Ц. Ле-Престр сообщает, что первоначально на Востоке «ян» было обозначением солнечного склона горы, «инь» – теневого [457, с. 178]; в дальнейшем под этими понятиями стали понимать более широкие явления.

Принцип «усиления главного направления» при стрессе (он был проиллюстрирован примерами того, как в экстремальных условиях «улучшаются» интегральные показатели восприятия) подчиняется закону Иеркса–Додсона, т. е. при увеличении экстремальности стрессогенного фактора вслед за указанным «улучшением» наступает их «ухудшение».

Инженерно-психологические исследования когнитивного синдрома стресса

Исследование оперативной памяти обнаружило, что наряду с увеличением энграм, которые испытуемый вспомнил правильно, увеличилось количество ошибочных припоминаний (для запоминания предъявлялись цифровые ряды). Как уже сообщалось увеличение ошибок памяти характерно для тяжелых форм дистресса [121, 131]. Ошибки происходят по типу контаминации, что свидетельствует о расширении круга ассоциаций, привлекаемых при актуализации энграм, а также о снижении критичности выбора и идентификации нужной энграммы. Увеличение числа припоминаний (верных и ошибочных) свидетельствует о расширении при стрессе, условно говоря, круга поисков «выхода» из стрессогенной ситуации, что имеет адаптационное значение. В данном случае отрицательной стороной такого расширения явилось снижение контролируемости результатов этих «поисков». Сходные изменения памяти обнаружил И. М. Фейгенберг при некоторых формах шизофрении [269, 270]. Это свидетельствует, вероятно, о

том, что сходные адаптационные мнестические механизмы активируются как при предклинических проявлениях дистресса, так и при клинической психопатологии, в возникновении которой «стресс жизни» может играть немалую роль [485, 522 и др.].

Изложенные выше сведения о проявлениях когнитивного субсиндрома стресса позволяют высказывать некоторые соображения о подготовке специалистов к работе в экстремальных условиях и об «управлении» их состоянием и активностью их деятельности в таких условиях. Следует развивать умение специалиста использовать при необходимости в экстремальных ситуациях как активную, так и пассивно-выжидательную тактику профессиональной деятельности. При конструировании тренажеров следует «редуцировать» воспроизведение тех моделирующих среду и технические средства элементов, знание которых и пользование которыми является обыденным для специалиста. Напротив, в тренажере должно быть воспроизведено во всем многообразии и полноте все новое, неожиданное и трудноусвояемое, с чем специалист может встретиться при профессиональной деятельности. Особое внимание следует уделять формированию у специалиста навыков и умения управлять своими эмоциональными реакциями при стрессогенных ситуациях, купируя неблагоприятные проявления эмоций и используя их для оптимизации своей деятельности. Групповые тренажеры и реальные системы «специалист – машина» должны способствовать не только оптимальной актуализации профессиональных качеств человека, но и его способности в экстремальных условиях выполнять ту или иную социальную роль. Для оперативного влияния на состояние и деловую активность специалиста (группы специалистов) при стрессе должна использоваться подача информации, формирующая у специалиста (у специалистов) представление о «субъективной возможности» или о «субъективной невозможности» экстремальной ситуации, тем способствуя проявлениям нужной стрессовой активности или стрессовой пассивности.

ПРОИЗВОЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ДЫХАНИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧРЕЗМЕРНОГО СТРЕССА

Цель: обсуждение проблемы использования произвольной регуляции дыхания или снижения чрезмерного стресса.

В данном контексте под произвольно регулируемым дыханием понимается процесс, посредством которого пациент сознательно контролирует число дыхательных движений, проще говоря, вдохов и выдохов. Существуют сотни различных приемов дыхательной регуляции; в данном курсе будут представлены к изучению только те, которые являются достаточно простыми и могут быть использованы клиницистом для лечения стрессовых состояний. Представленные здесь упражнения ни в коем случае не следует считать единственно пригодными для этой цели. Цель произвольно регулируемого дыхания при лечении чрезмерного стресса заключается в том, чтобы заставить пациента сознательно изменять привычный ритм своего дыхания с тем, чтобы вызвать состояние большей релаксации.

Историческая справка

Сознательный контроль дыхания (регуляция дыхательных движений) является, возможно, самым древним из известных методов борьбы со стрессом. Он использовался в течение тысячелетий для снижения тревоги и чтобы способствовать состоянию общей релаксации. История произвольной регуляции дыхания берет начало за несколько столетий до нашей эры. Упоминания об использовании сознательного контроля дыхания для достижения состояния расслабления можно найти в индуистской традиции Хатха-йоги. Фактически Хатха-йога (йога специальных поз) основывается на различных способах дыхания. Эти приемы называются «пранаяма». Термин «пранаяма» означает контроль или сдерживание дыхания. Однако, согласно Newitt (1977), термин «пранаяма» может быть свободно переведен как «расслабляющая регуляция дыхания». Практика произвольной регуляции дыхания, так же как и Хатха-йога, получила в настоящее время широкое распространение.

Умение управлять своим дыханием развивалось не только в древней Индии как индуистская традиция, но использовалось и в Китае. Регулируемое дыхание стало основным компонентом такого «искусства дыханий», как Тай Ши и Кун Фу. Эти виды боевого искусства в наше время получили второе рождение в Соединенных Штатах. И в том, и в другом, контроль дыхания остается важной составной частью.

Возможно, наиболее широко используемым сегодня видом дыхательной регуляции является форма, применяемая в процессе «естественных» родов. В рамках этого подхода различные формы регулируемого дыхания используются для уменьшения болевых ощущений матери во время родового акта и для облегчения прохождения плода через родовой канал.

Основные типы дыхания

В этом разделе мы вкратце опишем основы процесса дыхания, рассмотрев четыре фазы дыхательного цикла и описав три основных типа дыхания.

Согласно Hewitt (1977), существуют четыре фазы дыхательного цикла, имеющие значение при обучении произвольной регуляции дыхания (клиницист найдет это разделение на фазы полезным для обучения любому из методов глубокого дыхания).

1. Вдох (аспирация). Вдох возникает тогда, когда воздух поступает в нос или рот, идет дальше через трахею, бронхи и бронхиолы и, наконец, наполняет альвеолы (представляющие собой мешочки с воздухом), из которых в основном состоят доли легкого.

2. Пауза, следующая за вдохом. Во время этой фазы легкие остаются заполненными воздухом.

3. Выдох. Он возникает тогда, когда легкие опадают, выпуская отработанный воздух из альвеол в систему верхних дыхательных путей.

4. Пауза, следующая за выдохом. Во время этой фазы легкие находятся в покое и не наполнены воздухом.

Согласно Ballentine (1976), существует три основных типа дыхания. Они

получили название и различаются между собой в соответствии с типом вдоха, открывающего дыхательный цикл: ключичное, грудное и диафрагмальное.

Ключичное дыхание является самым коротким и поверхностным из всех трех. Его можно определить как легкое поднятие ключиц кверху вместе с небольшим расширением грудной клетки на вдохе.

Грудное дыхание представляет собой (в различной степени) более глубокое дыхание—более глубокое в том смысле, что вдыхается большее количество воздуха, большее количество альвеол наполняется воздухом и сильнее расширяются легочные доли. Оно начинается с сокращения межреберных мышц, которые расширяют грудную клетку в направлении вверх и вширь. При грудном типе дыхания наблюдается большее расширение грудной клетки, за которым следует поднятие ключиц на вдохе. Грудное дыхание представляет собой наиболее часто встречающийся тип дыхания.

Наконец, диафрагмальное дыхание является самым глубоким из всех типов дыхания. При таком дыхании вдыхается больше всего воздуха, в дыхательном процессе участвует наибольшее количество альвеол. Кроме того, здесь впервые наполняются воздухом нижние отделы легких. Когда человек стоит вертикально, то в сосудах нижней трети легких содержится значительный объем крови, поэтому диафрагмальное дыхание оксигенизирует большее количество крови за один дыхательный цикл по сравнению с другими типами дыхания. При таком дыхании диафрагма (тонкая мышечная перегородка, разделяющая грудную и брюшную полости) на вдохе уплощается книзу. Это заставляет воздух войти в легкие и одновременно смещает органы брюшной полости книзу и кпереди. Движение диафрагмы является основной причиной глубокого вдоха при диафрагмальном дыхании. При полном диафрагмальном дыхании можно видеть, как брюшная полость расширяется наружу, затем происходит расширение грудной клетки и, наконец, поднимаются вверх ключицы.

Различные формы диафрагмального дыхания рассматриваются многими в качестве самого простого и наиболее эффективного метода регулируемого

дыхания, используемого для уменьшения сильного стресса. Поэтому мы ограничимся обсуждением роли типов диафрагмального дыхания в борьбе с чрезмерным стрессом. Вместе с тем для клинициста было бы полезно научиться определять, какой из трех основных типов дыхания преобладает у данного пациента.

Механизмы действия

Хотя специфические механизмы, ответственные за снижение стресса при регуляции дыхания, могут различаться в зависимости от конкретной методики, их общим терапевтическим действием считается способность диафрагмального дыхания вызывать временное трофотропное состояние.

Humes (1980) отмечает, что дыхательный процесс оказывает значительное воздействие на тонус симпатической и парасимпатической систем. Harvey (1978) делает вывод, что «диафрагмальное дыхание стимулирует как солнечное сплетение, так и правую ветвь блуждающего нерва, ослабляя тем самым деятельность парасимпатической нервной системы и способствуя полной релаксации».

Наконец, Pratar, Berrettini и Smith (1978) выдвинули предположение о существовании нервного механизма, посредством которого диафрагмальное дыхание может понижать активность неокортекса (что имеет значение для ослабления тревоги): «Из описания этого метода становится ясно, что он вызывает выраженный рефлекс Геринга–Брейера. Аfferентная ветвь рефлекса Геринга–Брейера включает рецепторы растяжения в легких, которые раздражаются в процессе вдоха. Возникающие в результате этого импульсы восходят через блуждающий нерв к дыхательному центру, находящемуся в мосту мозга. Избыточная стимуляция (выражаясь языком физиологии), являющаяся результатом применения этого метода дыхания, может привести к функциональным изменениям в некоторых восходящих активирующих путях ретикулярной формации, что тормозит тем самым приток сенсорной информации в кору и стабилизирует психику».

Ballentine (1976) отмечает, что выдох увеличивает парасимпатический

тонус. Интересно отметить, что для многих способов диафрагмального дыхания характерен удлиненный выдох, таким образом увеличивающий, по-видимому, период релаксации, обусловленной парасимпатическими эффектами. Резюмируя, Hymes (1980) констатирует: «Автономное функционирование может быть произвольно возвращено к состоянию пониженной активности при помощи упражнений в сознательной регуляции дыхания (с сопутствующей редукцией тревоги и болевых ощущений)».

К сожалению, пока существует немного работ, посвященных изучению конкретных типов дыхательного контроля, хотя исследователями предпринимались попытки изменить такое положение дел (например, работы лаборатории Eleanor N. Dana в Гималайском Интернациональном Институте).

Наконец, независимо от преимущественно физиологических механизмов, терапевтическая значимость сознательного контроля дыхания может быть обоснована главным образом с когнитивных позиций. Это следует из того факта, что концентрация на дыхании противодействует возникновению навязчивых мыслей и, возможно, даже компульсивного поведения. Оценка этого утверждения должна быть сделана клиницистом на основе индивидуального подхода к больному.

Практическое применение

Произвольная регуляция дыхания – наиболее гибкий метод среди способов вмешательства, направленного на уменьшение чрезмерного стресса. Его можно использовать при самых разнообразных обстоятельствах, детерминированных как условиями окружающей среды, так и поведенческими факторами.

Это не означает, однако, что метод сознательного контроля дыхания можно применять без каких-либо предосторожностей. При использовании дыхания как вспомогательного средства для медитации можно обращаться к предостережениям, обсуждавшимся в главе о медитации. Очевидно, основное предостережение к использованию произвольной регуляции дыхания связано с довольно редкой возможностью развития гипервентиляции.

Гипервентиляцию можно просто определить как условия, в которых пациент «слишком сильно дышит». Такое избыточное дыхание может быстро вызвать состояние гипокапнии (пониженный уровень CO_2 в крови), приводящее к излишку бикарбонатных ионов и к нехватке ионов водорода [Lum, 1975]. Возникающие в результате этого симптомы, если упомянуть только некоторые из них, могут включать сильное сердцебиение, тахикардию, феномен Рейно, сужение поля зрения, головокружение, большие судорожные припадки, одышку, боли в груди, покалывание губ, пальцев рук и (или) ног, боли в эпигастральной области, тетанию, тревогу, слабость и потерю сознания. Многие из этих симптомов могут появиться по прошествии нескольких минут непрерывной гипервентиляции. Головокружение и покашливание являются, видимо, самыми ранними сигналами, предупреждающими о том, что у пациента развивается гипервентиляция. Hewitt (1977) дополняет перечень мер предосторожности при использовании дыхательной регуляции: «Лицам с легочной, сердечной, глазной или ушной патологией, а также с высоким артериальным давлением можно делать не более чем секундные паузы между вдохом и выдохом... Люди с низким кровяным давлением могут делать короткую задержку на вдохе, но не на выдохе. Нельзя умышленно задерживать дыхание при беременности».

К сожалению, Hewitt не дает никакого клинического или физиологического обоснования этим своим утверждениям. Поэтому, читая этот текст, клиницист должен сделать самостоятельные выводы по данной проблеме. Интересно отметить, однако утверждение Lum (1975), что один из способов диагностики состояния гипервентиляции «основывается на воспроизведении симптомов у больного путем произвольной гипервентиляции в знакомой для него форме, а также на выработке адекватных путей исключения серьезной патологии».

Ниже перечислены три упражнения на диафрагмальное дыхание, которые, как сообщалось, могут быть эффективно использованы для вызывания более глубокого состояния расслабления. При обучении любому

из способов диафрагмального дыхания клиницист должен постоянно следить за этим процессом, чтобы быть уверенным в правильности выполнения упражнений пациентом. Hewitt (1977) дает следующие указания, которые мы считаем пригодными для всех форм диафрагмального дыхания: «Вы целиком заполняете воздухом легкие, избегая, однако, появления ощущений напряженности и дискомфорта. Если после задержки (на вдохе) воздух с шумом вырывается из легких, то остановка дыхания была слишком продолжительной; воздух должен выдыхаться равномерно и плавно... Точно так же, после паузы на выдохе, воздух следует вдыхать через ноздри не спеша и спокойно (начиная новый вдох)». Все эти общие указания помогают пациентам избежать избыточного дыхания, а также других ошибок. Этих указаний надо придерживаться при обучении больного каждому из трех последующих упражнений.

Дыхательное упражнение № 1. Этот метод дыхания можно назвать «полным дыханием». Фактически разновидности этого способа дыхания под аналогичными названиями описываются в литературе по Йоге. Метод чрезвычайно прост для выполнения. Для того чтобы помочь клиницисту в обучении пациентов этому упражнению, мы изложим его в соответствии с четырьмя фазами, описанными Hewitt (1977).

Вдох. Вдох по возможности должен начинаться через нос. Предпочтение отдается дыханию через нос, а не через рот из-за способности носовых ходов к фильтрации и обогреву поступающего воздуха. На вдохе живот выпячивается вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха должна составлять 2–3 с (или, по некоторым данным, несколько меньше, чтобы не было неприятных ощущений при расширении легких и грудной клетки).

Пауза после вдоха. Паузы быть не должно. Вдох должен плавно переходить в начало выдоха.

Выдох. Воздух выдыхается (через рот или через нос, как удобнее). Продолжительность выдоха должна составлять 2–3 с.

Пауза после выдоха. Эта пауза должна продолжаться только 1 с, и затем вновь начинается плавный вдох. Мы обнаружили, что многие пациенты могут повторять это упражнение в течение нескольких минут без возникновения гипервентиляции. Однако обычно больного просят прекратить упражнение при появлении головокружения.

Дыхательное упражнение № 2. Это дыхательное упражнение можно рассматривать как разновидность метода «подсчета дыхания», различные варианты которого описываются в литературе по Йогe. Это упражнение называется подсчетом, потому что пациента просят подсчитать про себя, сколько секунд длится каждая из четырех фаз упражнения. Для того чтобы помочь клиницисту обучать этому упражнению, мы изложим его в соответствии с четырьмя фазами дыхания, описанными Hewitt (1977).

Вдох. Вдох по возможности должен начинаться через нос. Живот начинает выпячиваться вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха должна составлять 2 с (или, по некоторым данным, несколько меньше, чтобы не было неприятных ощущений при расширении легких и грудной клетки). Продолжительность вдоха должна подсчитываться про себя, например одна тысяча, две тысячи и т. д.

Пауза после вдоха. Здесь после двухсекундного вдоха следует сделать паузу. Ее продолжительность должна равняться 1 с.,

Выдох. На этой стадии воздух выдыхается. После чего плавно должен последовать вдох. Обнаружено, что многие пациенты могут повторять это упражнение в течение нескольких минут без появления гипервентиляции. Однако обычно больного просят прекратить упражнение при появлении головокружения,

Дыхательное упражнение № 3. Этот метод, разработанный Everly, предназначен для ускоренного вызывания (30–60 с) состояния релаксации. Исследования показали, что он эффективно снижает мышечное напряжение и субъективное ощущение тревоги, а также обладает некоторым потенциалом для снижения частоты сердечных сокращений [Everly, 1979a, b; Vanderhoof,

1980]. Следующее описание представлено в форме инструкции, даваемой пациенту.

Обычно в течение дня многие из нас оказываются в ситуациях, вызывающих чувство тревоги. В таких ситуациях у нас возрастает частота сердечных сокращений, расстраивается работа желудка и наши мысли начинают бесконтрольно блуждать. Именно при таких непродолжительных состояниях мы нуждаемся в быстродействующем способе облегчения наших стрессовых реакций. Описанное ниже короткое упражнение хорошо зарекомендовало себя в плане снижения уровня стрессовой реакции, которую мы испытываем при воздействии интенсивных стрессоров, в сущности оно представляет собой быстрый способ «успокоиться» в стрессовой ситуации.

Основным механизмом снижения стресса посредством этого упражнения является глубокое дыхание.

Этап 1. Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот. Точнее – положите левую руку на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы Вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми. Однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения (рис.17).

Этап 2. Представьте себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри Вас – там, где лежат Ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом Ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом, Волнообразное движение, начавшееся в области живота, продолжится в средней и верхней частях грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 с, затем, по мере совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5–3 с.

Этап 3. Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». Этот этап не должен продолжаться более 2 с (рис. 18).

Этап 4. Медленно начните выдыхать—опустошать мешок.

По мере того, как Вы делаете это, повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Продолжительность этого этапа не должна быть меньше продолжительности двух предыдущих этапов или, спустя 1–2 нед занятий, на 1 с дольше. (*Примечание:* этап 1 необходим только в течение примерно первой недели, пока Вы обучаетесь глубокому дыханию. Когда Вы овладеете этим навыком, то сможете его пропускать). Только повторите это четырехступенчатое упражнение подряд 3–5 раз. Если у Вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновится, просто сократите продолжительность вдоха и (или) число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов.

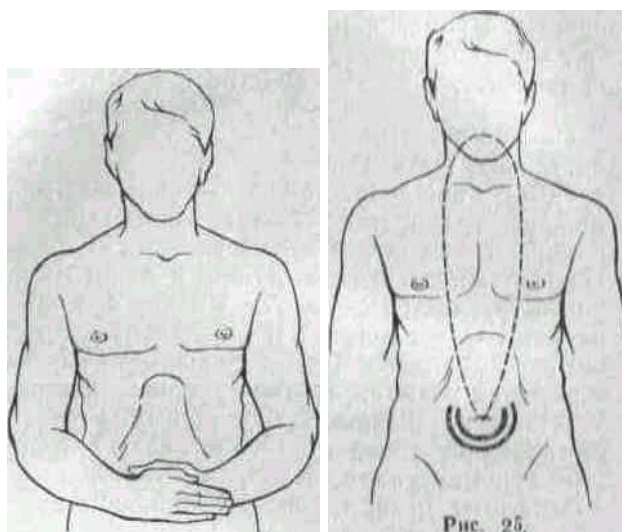


Рис. 17. Рис.18.

Делайте это упражнение ежедневно 10–20 раз. Превратите его в Ваш утренний, дневной и вечерний ритуал, а также используйте его в стрессовых ситуациях. Поскольку этот вариант релаксации носит характер навыка, важно практиковать его по меньшей мере 10–20 раз в день. Поначалу Вы можете не заметить никакой немедленной релаксации. Однако после 1–2 нед регулярных занятий Вы будете способны на время расслабляться «моментально». Помните, что если Вы хотите овладеть этим навыком, Вы должны *заниматься*

систематически. Регулярное последовательное выполнение этих ежедневных упражнений в конечном счете сформирует у Вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку, и когда у Вас будут возникать стрессовые эпизоды, то они будут гораздо менее интенсивными (приведено из книги «Решение запутанной проблемы стресса». Brady/Prentice–Hall, 1980).

Выводы

Обсуждена проблема использования произвольно регулируемого дыхания для снижения чрезмерного стресса. Как упоминалось выше, цель сознательной регуляции дыхания заключается в том, чтобы заставить пациента произвольно изменить привычный ритм своего дыхания, чтобы вызвать состояние большей релаксации.

Рассмотрены три основных типа дыхания – ключичное, грудное и диафрагмальное. Первые два связаны с симпатической ответной реакцией и могут ее стимулировать. Диафрагмальный тип может стимулировать парасимпатическую реакцию, будучи с ней связанным [Ballentine, 1976].

Исходя из опыта, считается очень важным для клинициста научиться распознавать эти типы у своих пациентов. Полезно также обучить пациентов самим определять типы своего дыхания.

В конечном счете, клиницист должен оценить целесообразность использования произвольно регулируемого дыхания индивидуально для каждого пациента. Клиницист может попробовать обучить больного нескольким дыхательным упражнениям для того, чтобы определить, какое из них является наиболее эффективным для данного индивида. Рассмотрены три упрощенных варианта диафрагмального дыхания – не в качестве предписаний, а как возможные варианты основного типа дыхательной регуляции (диафрагмального дыхания), который, как было обнаружено, может эффективно использоваться для уменьшения чрезмерного стресса [Hewitt, 1977; Jencks, 1977]. Клиницист должен оценить их эффективность на основе индивидуального подхода.

Основным указанным недостатком дыхательной регуляции, применяемой для снижения стресса, является реакция гипервентиляции. В сущности не возникает никаких проблем при использовании этого метода, если пациент выполняет описанные в данной главе дыхательные упражнения в течение непродолжительного времени и прекращает занятия при появлении в результате головокружения. В литературе по Йоге имеются ссылки на нецелесообразность выполнения пранаям больше 15 мин за 1 ч. Еще раз подчеркнем, однако, что в этом вопросе необходимо исходить из индивидуальных особенностей пациентов.

В заключение можно сослаться на Humes (1980), который утверждает, что «регуляция дыхания может быть основным практическим способом достижения ровного и сбалансированного функционирования автономной нервной системы и способствовать оздоровлению тела и успокоению души». И хотелось бы добавить, что даже если просто научить пациента умению прерываться, чтобы подышать в замедленном ритме, то это может оказать оздоровительный эффект на его образ жизни, заключающий в себе такой потенциально патогенный фактор, как дефицит времени.

ОБЩЕНИЕ ПРИ СТРЕССЕ. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСИНДРОМ СТРЕССА

Социально-психологические исследования стресса

Индивидуальное сознание и телесная обособленность человека могут создавать у него иллюзорное представление о своей полной социальной обособленности и независимости, человек может упускать из виду, что «он, в своем индивидуальнейшем бытии, является вместе с тем общественным существом». Комбинация индивидуальных различий людей – один из факторов, обеспечивающих сохранение и развитие жизнеспособности человеческой популяции, социума. Напряжение душевных сил людей, неизбежное при мобилизации их индивидуально различных способностей, в процессе взаимодействия может требовать у них и положительных и

отрицательных эмоциональных переживаний. Эмоции общения оказываются ведущим фактором эмоционального стресса. Так же как эмоции, эмоциональный стресс при общении, т. е. социально-психологический субсиндром стресса, изучен далеко не достаточно.

Изменения функционального состояния человека при стрессе меняют его отношение к окружающему миру, в том числе к миру людей. Рождающееся в общении и порождающее дальнейшее общение взаимодействие людей рассматривается различными направлениями психологической науки. Продуктивным явилось изучение человеческого общения с позиции общей психологии [Ломов Б.Ф. О системном подходе в психологии, Проблема общения в психологии], ввиду того что «общение и психика внутренне связаны: в актах общения осуществляется как бы презентация так называемого «внутреннего мира» субъекта другому субъекту» [Проблема общения в психологии, с. 8]. Для изучения психологических феноменов общения (особенно наглядно проявляющихся при стрессовом изменении общения) могут быть использованы методологические принципы разных психологических направлений [32, 24 и др.]. При стрессе у людей изменяется не только характер физиологической и психологической активности, но и показатели активности общения. Это отражается на взаимодействии индивида с социальной средой: с окружающими людьми, с группой, с коллективом, с членами производственной организации, в которую он включен, и т. д. Социальное взаимодействие заметно изменяется, когда стресс возникает одновременно у многих людей.

Существуют два подхода в оценке активности общения в экстремальных условиях. Одни авторы говорят о тех или иных формах, видах общения людей при стрессе, подразумевая, что стресс сказывается на этом взаимодействии (взаимосодействии, взаимопротиводействии и т. п.). Другие рассматривают активность общения людей при стрессе как собственно стресс, т. е. как определенного рода в той или иной мере неспецифические проявления адаптационно-защитной активности человеческого сообщества.

Эта активность интегрируется из общественного поведения отдельных людей при стрессе. Авторы, придерживающиеся второго подхода к анализу изменений общения при стрессе, рассматривают измененное в экстремальных ситуациях взаимодействие людей как особую форму стресса, как его социально-психологический субсиндром.

Таким образом, речь идет либо о результате влияния на характер общения стрессовых преобразований в индивидуальной структуре личностных особенностей и в функциональных системах организма индивида, либо об одном из проявлений стресса, но о проявлении иного уровня, чем стресс индивида. Во втором случае следует предполагать реальность стрессовых трансформаций уже не в одном человеке, а в группе, организации, коллективе – в массе людей. Целесообразными могут стать и тот, и другой подходы к анализу специфики общения при эмоциональной напряженности большинства взаимодействующих людей. Первый из указанных подходов может оказаться оправданным, когда основной массив исследования общения состоит из изучения таких феноменов, как общение при стрессе индивида, личности, общение в группе, в коллективе, но без подробного анализа экологических, эргономических, социологических аспектов адаптации людей к экстремальным факторам среды. Второй подход более целесообразен при изучении адаптации общественного человека, сообщества людей при экстремальных условиях, вызванных природной и социальной средой.

Изменения общения при стрессе могут возникать как при действии на человека физических, физиологических стрессоров, так и в результате контактов с людьми, характер общения которых изменен имеющимся у них стрессом. Целесообразно использовать три уровня анализа изменения общения как субсиндрома стресса [184]. Первый (мегауровень) должен охватывать анализ взаимодействия людей в их общении на протяжении больших отрезков времени, сопоставимых с продолжительностью жизни поколений, с учетом так называемого «стресса жизни», т. е. изменения

особенностей личностных характеристик и показателей здоровья, возникающих под влиянием длительных социальных, биологических и физических стрессоров, действующих локально на группу людей или на широкие слои населения. Второй (метауровень) относится к анализу отдельных актов общения людей при стрессе с учетом их индивидуальных профессиональных и т. п. особенностей, а также с учетом специфики стресс-факторов. Третий уровень анализа (микроуровень) должен относиться к изучению отдельных, сопряженных элементов общения при стрессе, раскрываемых специальными методами исследования (психофизическими, инженерно-психологическими и т. п.).

Естественно полагать, что признаки субсиндрома общения при стрессе могут так или иначе проявляться на разных этапах развития стресса как важный элемент адаптационно-защитных ответов индивида на экстремальность ситуации. Взаимодействие совокупности людей при стрессе должно создавать более эффективный защитный потенциал, чем антистрессовый потенциал отдельного человека. Стрессовые изменения общения вплетаются в структуру жизнедеятельности, поведения, рабочей активности людей. Они могут существенным образом, отрицательно или положительно, влиять на психологический климат коллектива, на производительность труда, на успешность преодоления экстремальных ситуаций. При разработке мер овладения стрессом необходимо, учитывая конкретные, частные факторы формирования рассматриваемого синдрома, базироваться на анализе общих закономерностей социально-психологических феноменов, особым образом проявляющихся в экстремальных условиях. Характер и динамика субсиндрома изменения общения при стрессе обуславливаются набором стрессоров, индивидуальными и личностными особенностями людей, на которых действуют эти стрессоры, социокультурными нормами, предусматривающими набор средств управления стрессом.

Общая структура изменений общения в экстремальных условиях

Острый стресс, возникший по причинам, не зависящим от общения, или же когда сам акт общения оказывается стрессогенным, существенно меняет характер последнего. При этом может проявиться многообразие форм человеческого общения. Отличительной чертой общения при остром стрессе является эмоциональность, которая может резко усиливать или, напротив, подавлять активность взаимодействия людей; делать его приятным, желанным или мучительным, невыносимым. Гармонично красивыми или безобразно непривлекательными могут оказаться люди, общающиеся при стрессе. Стресс может пробуждать в людях гуманное отношение друг к другу или, напротив, бесчеловечность. Изменения общения при остром стрессе проистекают из сложнейшей интеграции влияния стрессогенных факторов и различных психических функций, таких, как мышление, воля, эмоции. Эти изменения обуславливаются индивидуальными, личностными особенностями общающихся людей, а также социокультурными, национальными, этническими нормами, принятыми в обществе, к которому принадлежат общающиеся люди. Важно то, что «прочность», неформальность этих норм, глубина проникновения их в структуру личности человека при стрессе проходят испытание. Действие этих норм в экстремальных условиях и их организующее влияние на общение более эффективны, если они выработаны с учетом не только «нормальных», но и экстремальных условий существования людей.

Общение при хроническом стрессе также подчиняется целому ряду социокультурных, политических, национально-этнических факторов. Оно сопряжено с характерологическими и личностными особенностями общающихся. Но в ходе общения при длительном стрессе обнаруживается ряд закономерностей, в значительной мере общих для многих людей и для разных стрессогенных ситуаций. Именно поэтому изменения общения при стрессе можно отнести к проявлениям собственно стресса, т. е. выделить в субсиндром стресса. Общие закономерности общения при стрессе выявлены, в частности, в структуре развития межличностных взаимоотношений.

Развитие общения опосредовано взаимовлиянием факторов внешней среды (физических, социальных и др.) и факторов внутренней среды индивида (психологических, физиологических, биологических и т. п.). Бесконечное многообразие факторов, влияющих на общение, придает каждому конкретному случаю общения неповторимые черты. Экстремальная ситуация придает общению адаптационную направленность, одновременно являясь катализатором, ускоряющим развитие взаимоотношений общающихся людей.

М. А. Новиков выделил три основные, обязательные, по его мнению, стадии развития общения при групповой изоляции: ознакомления, дискуссий и ролевых ориентации [208]. Первая стадия отчетлива, непродолжительна (несколько суток), характеризуется активизацией внимания членов группы друг к другу, повышенной корректностью обращения. Продолжительность стадий дискуссии от нескольких дней до двух-трех недель, иногда до года. Члены изолированной группы, активно общаясь, беседуют на разные темы, выясняют взаимные взгляды на разные вопросы. При этом они активно и, как правило, доброжелательно ищут общения. Общительность при этом, по мнению М. А. Новикова, определяется наряду с характером предварительного знакомства личностными факторами, степенью повышения уровня бдительности, опытом пребывания в условиях групповой изоляции и т. д. В ходе дискуссий зарождается коалиционирование, определяются распределения неформальных функциональных обязанностей и ролевых ориентации.

На стадии ролевых ориентации возникают довольно устойчивые подгруппы, состоящие, как указывает М. А. Новиков, из двух-трех (реже четырех) человек в каждой, со своими центрами притяжения. При длительном пребывании в условиях социальной изоляции первоначальная конструкция группы чаще всего пересматривается, некоторые коалиции распадаются, возникают новые. В этих условиях легко возникают конфликты, вызванные неэффективностью взаимодействия, различиями оценки собственного вклада

в общую деятельность и вклада других, недовольство членов группы в случае блокировки канала связи с другими социальными группами и т. д. Во время годичного совместного пребывания в сурдокамере трех испытуемых, как сообщает М. А. Новиков, было замечено повышение стремления к уединению любыми способами. При возникновении межличностных напряжений в тех случаях, когда конфликт открыто не реализовался, повышалось стремление к уединению, возникало желание спрятать глаза за книгой, газетой и не встречаться взглядами. Третья стадия в динамике развития общения, отмеченная М. А. Новиковым при групповой изоляции, – эта стадия ролевых ориентации. Она сопровождается либо «кооперативным», либо «конкурентным» взаимодействием.

Первой стадией стрессогенного изменения общения, часто ускользающей от внимания исследователей стресса из-за ее, казалось бы, обыденности, можно считать ориентировочное «отмирание» индивида (индивидов). Человек, оказавшись в стрессогенной обстановке, как бы замирает, затаивается, присматриваясь к окружающим людям, оценивая их и перспективу своих контактов с ними. Эта стадия общения при стрессе может длиться от нескольких секунд, минут до нескольких часов. Она возникает и в незнакомых экстремальных условиях, и в том случае, когда человек бывал в таких условиях раньше; и когда стрессогенный фактор подействовал на человека в присутствии незнакомых ему людей и когда вокруг хорошо знакомые люди. Для этой стадии характерно снижение активности общения. Вербальное общение может полностью прекратиться, тем не менее «замерший» человек полностью не исключается из общения, так как продолжает следить за окружающими людьми. Некоторая заторможенность людей в этой стадии может замедлять процесс их знакомства, их совместную деятельность и их «дискуссии». Состояния тревожности, настороженности, любопытства, смущения, гнева и т. п., определяющие эмоциональную окраску общения в этой стадии, могут периодически возвращаться (ремиссировать) на протяжении нескольких первых дней и даже недель в

ходе общения при развивающемся стрессе.

С первых секунд стрессогенной ситуации человек как бы впитывает информацию о новизне социального окружения или о том, как повлияли на прежнее социальное окружение экстремальные факторы. Первое, что определяется человеком, часто не вполне осознанно, — это не стало ли опасным его социальное окружение и не требует ли с его стороны мгновенных защитных действий? Второе — получение информации о перспективах развития общения в сложившихся стрессогенных условиях. Оценки, решения, психологические установки, сделанные в этой стадии общения, у одних людей забываются, даже если эти решения были верны и продуктивны; у других, напротив, могут быть стойкими и долго влиять на характер общения, будучи и верными, и ошибочными: «Он мне сразу не понравился» или «любовь с первого взгляда» и т. д. Подчас требуется много столкновений с действительностью, чтобы исправить неверную психологическую установку на партнера по общению, сложившуюся в первой стадии общения. Созданию таких неверных установок способствуют внешние признаки партнеров: непривычный облик может вызвать неприятные чувства; партнер может быть похож на ранее встречавшегося человека, что может повлиять на отношение к новому знакомому; смущение, скрываемое партнером, может быть ошибочно принято за его развязность, наглость или за угрюмость, злобность. Часто влияет на отношение к незнакомому или малознакомому партнеру по общению сторонняя информация о нем: клевета, похвала и др.

Вторая стадия развития общения при стрессе характеризуется увеличением интенсивности тех или иных проявлений общения или даже возникновением форм активного общения, несвойственных для данного человека вне экстремальных условий, т. е. при отсутствии у него симптомов стресса. Эта стадия развития общения может быть названа стадией личностной «экспансии», подготавливающей установление своего ролевого статуса. Эта вторая стадия в одних случаях может быть более сходна с

первой, в других – со второй стадиями общения, описанными М. А. Новиковым. Интенсификация общения, характерная для этой стадии, направлена на оптимизацию исходной социальной позиции для получения или захвата желаемой престижной социальной роли. Как правило, осознанная меркантильность при этом отсутствует. Направленность этой своеобразной экспансии, ее цель, а также частое в этой стадии «самовозрастание» интенсивности общения почти совершенно не осознаются общающимися субъектами. Данные опросов и наблюдений подтверждают то, что в этой стадии интенсификация общения собственного и у других людей объясняется «просто радостью, не омраченной прошлыми обидами» (из отчета испытуемого И.), тем, что «с новым человеком приятно поговорить, много нового можно узнать» (из отчета палубного матроса П.), «приятно узнать, что есть общие знакомые, что бывали в одних и тех же морских портах» (из отчета тралмастера Ж.). Таким образом, у большинства людей собственная эмоциональная оживленность в начале общения совершенно не воспринимается как попытка блеснуть своими знаниями, возможностями, чтобы предстать перед другими людьми в лучшем свете, чем это удавалось данному человеку в прежнем социальном окружении. И все же тот факт, что на данной стадии общения люди «демонстрируют» перед окружающими свои, как им кажется, лучшие качества, чего они не делали раньше, будучи в привычных условиях, говорит скорее о «экспансивно-захватническом» характере активизации их общения, чем о как бы распрямлении их личностного статуса, «сжатого» прежним социальным окружением. В этой стадии частым, тем более при равенстве интеллектуального и речевого потенциала, бывает бурный обмен информацией. Люди сообщают сведения часто банальные, но кажущиеся им интересными и встречающие внимание со стороны собеседника. При таком информационном «извержении» говорящий, как правило, невольно пытается не только овладеть вниманием слушающего, но и приобрести его уважение. В случае неразговорчивости человека содержанием такого информационного «извержения» у него может стать

«показная» успешная деятельность. «Молчун» в этой стадии развития общения в экстремальных условиях склонен заняться деятельностью, демонстрирующей его деловитость и умелость перед взором незнакомого партнера. Подобный импульс к высказыванию положительных знаний, умений возникает и у хорошо знакомых людей, попавших в незнакомые стрессогенные условия. Такое «демонстрирующее общение» протекает, как правило, на фоне положительных эмоциональных переживаний, на фоне эйфоричной дружественности. Однако могут быть и другие формы аффективности общающихся в этой стадии. В условиях парной изоляции после первого знакомства возникают различные эмоционально-позитивные акции, служащие как бы для пробы партнера «на зуб». Частая форма таких неосознаваемых «проб» – навязываемое «гостеприимство». Человек предлагает партнеру посмотреть на какую-либо свою вещь, книгу, испробовать лакомство, принесенное из дома, и т. п. Такого рода «одаривание» дополняет речевую «экспансию» в захвате благорасположенности партнера, его уважения, признания им достоинств напарника. Такие взаимные или односторонние акции в данной, начальной стадии общения воспринимаются скорее благосклонно, чем настороженно. Исключения могут быть в случае, если собеседник, на которого обрушено информационное «извержение», отличается неврастеничностью, повышенной утомленностью, резко отрицательной психической установкой на всю ситуацию, в которой происходит общение, или национально-этническими нормами, отвергающими интенсивный информационный обмен. При общении в данной стадии – личностной «экспансии», направленной на установление ролевого статуса, – иногда возникает чрезмерно аффективное поведение: ажитированное, либо, напротив, скованное с неловкостью движений и словесных выражений. В последующих стадиях общения уменьшается возможность для такого интенсивного информационного обмена, потому что со временем уменьшается установка на терпимость к партнеру, на солидарность с ним.

Если условия совместной изоляции сопряжены с действием дополнительных стрессогенных факторов, вызывающих болезненное состояние, сопровождающееся телесным недомоганием или плохим настроением, в таких условиях часто возникает более тесное общение, связанное с заботой о партнере, с уходом за ним (третья стадия). При этом в значительной мере разрушается, размывается зональное дифференцирование межличностной территории людей. Происходит как бы слияние этих территорий. Мотивация, проистекающая из чувства собственной необходимости, вскрывает дополнительные (новые) адаптационные резервы организма и личности у того, кто помогает. У того, кому помогают, дополнительные внутренние резервы мобилизуются благодаря чувству собственной нужности дружески настроенному партнеру. Проявление субъектом заботы о соседе свидетельствует для субъекта о своей «ценности» для соседа и о его «ценности» для себя. Возникающая в такой ситуации вынужденной помощи «внутриорганизменная» информация у каждого из общающихся об их обоюдной «социальной ценности» оказывает мощный антидистрессовый эффект, проявляющийся, в частности, в изменении показателей стресса. Лишение чувства собственной необходимости и мотивации, побуждающей пересиливать свое недомогание, чтобы помочь другому, ухудшает состояние и самочувствие. Взаимопомощь приводит к тому, что личное пространство перекрывается личным пространством партнера и, таким образом, субъекты оказываются менее субъективно стесненными. При этом в сравнительно лучшем положении оказывается заботящийся партнер. Ситуация вынужденной заботы о партнере может способствовать укреплению дружественности общения на долгий срок. Даже когда заботящийся субъект вынужден скрывать (или не скрывает) то, что он тяготится обязанностью оказывать помощь, даже тогда факт помощи, как правило, способствует лучшему взаимопониманию в дальнейшем обоих индивидов.

По окончании стадии личностной «экспансии» (а если была стадия

«вынужденной помощи» партнеру, то после ее окончания) ролевые функции общающихся относительно стабилизируются. Это четвертая стадия развития общения при стрессе. Стабилизация ролевого статуса может проходить и эмоционально-монотонно, и сопровождаться аффективными актами общения как с положительной, так и отрицательной эмоциональной окраской. При этом образуются неформальные группы. В стрессогенных условиях ядро такой группы отличается большей внутренней устойчивостью, сплоченностью, достигающейся через постоянное напряжение внутригруппового противоборства. Чем экстремальнее условия существования, тем труднее людям, склонным оставаться «непримкнувшими», сохранять нейтралитет перед лицом конфронтрующих неформальных групп.

Возникновение эмоциональных, вегетативных и других признаков дистресса сопровождается дальнейшим изменением активности общения. Измененное общение может стать наиболее заметным проявлением стресса на определенной фазе его развития, т. е. возможно доминирование субсиндрома изменения общения при стрессе (социально-психологического субсиндрома стресса). Его можно рассматривать как пятую стадию развития общения при стрессе. В одних условиях такое изменение общения характеризуется увеличением его активности, в других – его снижением. При стрессовой активизации общения в разных условиях могут преобладать компоненты либо межличностного взаимодействия, консолидирующие группу (социально-позитивные), либо дезорганизующие ее (социально-негативные).

Из числа первых можно выделить три основных компонента общения. Первый – усиление тенденций поддерживать лидирующий концепт и его носителя. Это – усиление склонности выделять лидера и следовать за ним; благосклонное отношение к предложениям общения со стороны окружающих. Начинатель акта общения первоначально принимает на себя роль лидера в общении. Соответственно концептуализация начала его общения отражает его

лидерование. При наличии у партнеров по общению стрессовых социально-позитивных тенденций лидерование в акте общения получает дружественный, заинтересованный отклик. Надо полагать, с проявлением тех же тенденций связаны случаи самопожертвования ради спасения жизни другого человека в экстремальных ситуациях. «Заслонить грудью командира!» – такое решение может приходиться импульсивно. Такого рода решения быстры, однозначны, как правило, не оставляют места для сомнений и обуславливают действия, подчас сложные, точные, кажущиеся произвольными. Эти действия есть особая стрессогенная форма защитительного общения, направленного на спасение носителя неких ценностей, такого, как лидер группы, как продолжатель рода, как объект привязанности, как объект, носитель возможности повысить социальный престиж спасителя.

Второй основной компонент активизации общения, консолидирующего группу, – усиление у субъекта склонности к принятию на себя роли носителя или генератора лидирующего концепта, лидера группы, коллектива, лидера в общении. Такие тенденции к лидерованию при стрессе могут быть адекватными возможностям субъекта к требованиям ситуации и неадекватными им. Во втором случае неуместные, неверные, не поддерживаемые окружающими людьми попытки руководить ими, организовывать их в коллектив могут оказывать противоположный эффект, т. е. способствовать дезорганизации группы.

Третий компонент социально-позитивной направленности общения при стрессе – производный двух первых в случае их продуктивной реализации. Это чувство общности с коллективом, «чувство локтя», дружественности, взаимной симпатии. Оно способствует установлению сплоченности членов группы, их солидарности, а при наличии общей воодушевляющей цели – проявлениям коллективного энтузиазма.

В относительно изолированных малых группах людей возникает своеобразная общность эмоций. Механизмы такой «индукции» изучались еще В. М. Бехтеревым

При стрессе в экстремальных условиях далеко не всегда активизируется социально-психологическая активность, т. е. активность общения, способствующая консолидации группы, коллектива («кооперативный тип межличностных взаимоотношений», в общих чертах описанный выше). При некоторых особенностях экстремальных условий велика вероятность возникновения при стрессе, возникающем у многих членов группы (коллектива), активизации общения, ведущей к дезорганизации коллектива (группы). Требуется большие, специальным образом организованные усилия, чтобы препятствовать развитию стрессовых, дезорганизующих группу тенденций, чтобы направить социальную форму адаптационно-защитного потенциала по пути не дезорганизации, а консолидации группы (социума). Рассмотрим общую структуру такой стрессовой социально-психологической активности, для которой характерно преобладание компонентов общения, направленных на дезорганизацию группы.

В ней (как и в консолидирующей группу активизации общения) можно подразделить три компонента. Первый – возникновение у людей склонности к конфронтации с лидирующим концептом, с его носителями. Это может проявляться в активизации непризнания авторитета руководителя, в нежелании подчиняться приказам, в раздражительности, грубости, вспыльчивости, в нетерпимости к казавшимся раньше несущественными неоптимальным действиям и личностным особенностям партнеров по общению.

Второй компонент социально-негативных изменений общения при стрессе – возникновение неприязни к психологическим нагрузкам, связанным с ответственностью за других людей или перед другими людьми. Это ведет к уклонению от ответственности за общее дело, за любое дело, не рассматриваемое как личное.

Третий компонент стрессогенной социальной активности, дезорганизующей группу, – это возникновение в экстремальных условиях у ряда индивидов отчуждения от интересов группы, возникновение

представления о снижении значимости общих целей, возрастание склонности замыкаться в кругу личных интересов и дел. Разобщенность интересов членов группы, противопоставление их интересам коллектива при такой стрессовой активизации общения может приводить к конфронтации между членами группы, к распаду коллектива. У отдельных его членов возникает представление о большей эффективности индивидуальных путей выхода из стрессовой ситуации, а не коллективных. Следует отметить характерные для такой формы общения при стрессе застойность собственных негативных социально-психологических установок, снижение критичного к ним отношения. «Забываются» хорошие качества окружающих людей, недооценивается перспектива положительной переоценки сиюминутных обид. Отношение окружающих людей могут представиться субъекту при таком течении стресса опасными для него, требующими защитных или «ответных» агрессивных действий.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТРЕССА

Первые фундаментальные социологические исследования западных авторов были вызваны такими чрезвычайными явлениями, как рост числа самоубийств, алкоголизма, преступности. Названные в последующем проявлениями эмоционального стресса, эти атрибуты развития общества потребовали их тщательного анализа. Дюркгейм в своей книге «Самоубийство» показал, что процент самоубийств детерминирован степенью-интеграции социальных структур – будь то церковь, семья, политическая партия, государство и т. п. Вместе с тем, определяя причины учащения самоубийств, он переводит акцент с социальной античеловеческой структуры капитализма на «психологическую конституцию» человека, которая, по его словам, «требует цели, стоящей выше его». В слабо интегрированном обществе такая цель отсутствует и, как полагает Дюркгейм, «индивид, обладающий слишком острым восприятием самого себя и своей ценности... стремится быть своей собственной единственной целью, а

поскольку такая цель не может его удовлетворить, он влачит апатичное и безучастное существование, которое впредь кажется ему лишенным смысла» [353, с. 38]. На такую смену акцентов указывает А. Инкельс [102]. В другом исследовании той же проблемы [А. Ф. Хенри и Д. С. Шорт [415]] рассматривают самоубийство и убийство как акты агрессии, якобы различающиеся по направленности выражения агрессии: при суициде она обращена на себя, при убийстве – вовне. Авторы, затушевывая сущность самоубийства как акта отчаяния, направленного на прерывание жизненной активности, вместе с тем усматривают в качестве ведущего звена суицида активность и даже якобы агрессивность, необходимую, чтобы его совершить. В рассмотренных и в более поздних работах зарубежных авторов используется утверждение, что социальная структура общества и личность должны рассматриваться как важные независимые, хотя и взаимодействующие переменные, оказывающие каждая свое влияние на ход социального процесса [102, 437, 438]. Психологические исследования западных авторов, особенно выполненные в последние годы, еще более, чем цитированные выше социологические работы, устремлены на поиски частных причин социально-психологических проявлений стресса и «находят» эти причины в несовершенстве человеческой личности.

В значительной мере игнорируя влияние на судьбы людей их классовой принадлежности, социальных и экономических форм давления на человека, западные психологи основную причину возникновения «стресса жизни» видят в том, что, стремясь к удовлетворению своих биологических и социальных потребностей, индивид сталкивается с тем, что социокультурные изменения, слишком быстрые для абсорбирования, становятся основанием для «болезней стресса». Так, Доротея Лайгтон справедливо указывает, что важнейшей причиной социального стресса становится «внешнее блокирование цели». Вместе с тем она редуцирует комплекс основных причин социального стресса до якобы фатального несоответствия возможностей человека адаптироваться к чрезмерно быстрому темпу

социокультурных изменений. Реакция индивида на лишение его возможностей самопроявления – «это еще больше стараться достигнуть цели, замещать другим предметом недостижимый, сдаться (прекратить борьбу) и продолжать стремиться к цели, но с развитием вызывающих стресс ментальных и физических симптомов» [456, с. 33]. Предотвращение стресса жизни лежит, как считает Д. Лайгтон, на путях улучшения службы здравоохранения и гуманизации общества.

Необходимо признать, что многие углубленные исследования ряда частных проблем, связанных с проблемой «стресса жизни», существенно обогатили наши знания социально-психологической сущности стресса.

Было показано, что социально-психологический стрессор характеризуется, в частности, изменением субъективной значимости общественного мнения для субъекта. Для одних его значимость при «социальном давлении» возрастает, для других может снижаться. Показано, что направленность этих изменений зависит, в частности, от оценки субъектом взаимоотношений в группе, т. е. психологического «климата».

Изменение при стрессе субъективной значимости окружения находится в зависимости от уровня выраженности и динамики изменений таких показателей личности, как «место опоры» при оценке ситуации, степень невротизма и интра-экстраверсии, тревожности, циклоидных колебаний настроения и т. п. Субъективная значимость ситуации находится в сложной, нелинейной зависимости с интенсивностью и продолжительностью стресса. Важным фактором в определении направления изменений отношения к мнению окружающих при кратковременном стрессогенном воздействии того или иного рода является исходная, возникшая до стресса оценка субъектом отношения к нему. Социальная «поле-зависимость» при неподтверждении при стрессе имевшихся до него «полесигналов» свертывается (уменьшается), снижается поведенческая активность [366]. При доминировании социально-психологических проявлений стресса (социально-психологического синдрома стресса) обращение субъекта к общественному мнению увеличивается. У

экстерналов это может проявляться в виде усиления опоры на окружающих, у интерналов—в попытке увеличения психологического давления на них. При доминировании в экстремальных условиях интеллектуальной активности (как проявления стресса) экстравертивная ее форма увеличивает субъективную значимость общественного мнения, интравертивная форма – снижает [366, 367 и др.]. Широко обсуждаются изменчивость и управляемость состояния тревожности. Райтменом в эксперименте было показано, что у ряда субъектов тревожность снижается в присутствии других людей. Однако П. Спектор и ф. Зайсфрунк [533] не подтвердили «всеобщности» его выводов. В их экспериментах снижение в присутствии других людей тревожности в ожидании шокового воздействия (ситуационной тревожности) возникало только как результат отвлечения внимания обследуемых. Видимо, влияние окружающих лиц на тревожность характера является значительно более сложно дифференцированным явлением.

Были высказаны по меньшей мере две альтернативные гипотезы относительно влияния поддержки со стороны лидера рабочей группы и товарищей по группе на проявление «производственного» стресса. Согласно первой гипотезе, стрессогенные факторы и поддержка влияют на развитие стресса у субъекта независимо друг от друга, т. е. каждый из этих двух факторов оказывает прямое влияние при стрессе на такие психологические феномены, как удовлетворение деятельностью, самооценки и т. п. Вторая гипотеза предполагала, что поддержка, оказываемая субъекту во время его деятельности в стрессогенных условиях со стороны рабочей группы, препятствует возникновению у данного субъекта проявлений стресса. Исследования, проведенные на группах моряков военно-морского флота США с регистрацией таких эффектов социально-психологического синдрома стресса, как «ролевая неопределенность (двусмысленность)», «ролевой конфликт» и т. п., показали большую правомерность первой гипотезы [451]. Если расценивать эти данные как заслуживающие доверия, то следует считать, что социальная «поддержка» в группе, работающей в стрессогенных

условиях, не снижая выраженности стресса, способствует «переводу» его неблагоприятных проявлений в благоприятные, т. е. дистресса в эустресс.

В зарубежных исследованиях психологии стресса можно выделить ряд направлений, отличающихся методическими подходами к исследованию реакций при стрессе. На протяжении ряда лет широко используется определение социальной интраверсии – экстраверсии с помощью опросника Айзенка [366]. Этот метод ассимилирует методологические основы гештальтпсихологии, интерпретируя их в социально-психологическом смысле. При этом в качестве «фигуры» выступает внутренний мир субъекта, в качестве фона – его социальное окружение. Еще более близки к методам гештальтпсихологии исследования так называемой социальной полезависимости. Они проистекают из сопоставлений индивидуальных показателей сенсорной полезависимости индивида с его представлением себя в социальном окружении [570]. Сходные методологические принципы легли в основу метода определения «точки опоры» субъекта при организации и выполнении им своих социальных действий: на себя, на свои силы или же на окружающих людей, на внешние события. Этот метод, предложенный Роттером [511], в последующие годы стал наиболее популярным среди исследователей социально-психологических и социальных факторов стресса, т. е. так называемого стресса жизни. Широкое распространение получило в последние годы использование в психологических исследованиях дифференцированного определения двух видов тревожности: «тревожности характера» и «ситуационной тревожности», предложенное Шпильбергером [535]. Этот метод является примером привлечения к психологическим исследованиям медицинских и психоаналитических принципов.

Несмотря на несомненные успехи, социально-психологических исследований общественного поведения человека при действии на него социально-психологических стресс-факторов, проблема «личность при стрессе» не решена. Наряду с очевидным прогрессом в изучении индивидуальных особенностей человека при стрессе один за другим в

литературе по проблемам стресса возникают все новые малорезультативные подходы к анализу структуры межличностных отношений людей, все новые фрагментарные раскрытия особенностей взаимодействия людей при «социальном давлении». Однако с каждым таким новым частным успехом исследователи не преуспевают в осмыслении глобальной проблемы «стресса жизни» и тем более в разработке методов предотвращения стресса, вызываемого «социальным давлением». Причины такого своего неуспеха теоретики западной психологической науки видят: 1) в исключительной сложности и разнообразии индивидуальных особенностей человека, мобилизуемых для защиты от социальных экстремальных факторов; 2) в постоянном и сравнительно быстром изменении сложнейшего конгломерата факторов среды (социальных, биологических, физических и т. п.), действующих на людей в современном обществе. Такая методологическая установка побуждает большинство западных исследователей все более детализировать изучаемые особенности личности, а также постоянно модернизировать методики исследований в попытках поспевать за изменяющимися особенностями социальной среды. Вместе с тем они игнорируют тот факт, что особенности межличностного взаимодействия определяются общественными взаимоотношениями в группе, в коллективе и главное, в обществе.

С точки зрения отечественных авторов изменения функционального состояния человека при стрессе меняют его отношение к окружающему миру, в том числе к миру людей. Рождающееся в общении и порождающее дальнейшее общение взаимодействие людей рассматривается различными направлениями психологической науки. Продуктивным явилось изучение человеческого общения с позиции общей психологии [184, 185], ввиду того что «общение и психика внутренне связаны: в актах общения осуществляется как бы презентация так называемого «внутреннего мира» субъекта другому субъекту» [185, с. 8]. Для изучения психологических феноменов общения (особенно наглядно проявляющихся при стрессовом изменении общения)

могут быть использованы методологические принципы разных психологических направлений [24, 271 и др.]. При стрессе у людей изменяется не только характер физиологической и психологической активности, но и показатели активности общения. Это отражается на взаимодействии индивида с социальной средой: с окружающими людьми, с группой, с коллективом, с членами производственной организации, в которую он включен, и т. д. Социальное взаимодействие заметно изменяется, когда стресс возникает одновременно у многих людей.

Существуют два подхода в оценке активности общения в экстремальных условиях. Одни авторы говорят о тех или иных формах, видах общения людей при стрессе, подразумевая, что стресс сказывается на этом взаимодействии (взаимосодействии, взаимопротиводействии и т. п.). Другие рассматривают активность общения людей при стрессе как собственно стресс, т. е. как определенного рода в той или иной мере неспецифические проявления адаптационно-защитной активности человеческого сообщества. Эта активность интегрируется из общественного поведения отдельных людей при стрессе. Авторы, придерживающиеся второго подхода к анализу изменений общения при стрессе, рассматривают измененное в экстремальных ситуациях взаимодействие людей как особую форму стресса, как его социально-психологический субсиндром.

Таким образом, речь идет либо о результате влияния на характер общения стрессовых преобразований в индивидуальной структуре личностных особенностей и в функциональных системах организма индивида, либо об одном из проявлений стресса, но в проявлении иного уровня, чем стресс индивида. Во втором случае следует предполагать реальность стрессовых трансформаций уже не в одном человеке, а в группе, организации, коллективе – в массе людей. Целесообразными могут стать и тот, и другой подходы к анализу специфики общения при эмоциональной напряженности большинства взаимодействующих людей. Первый из указанных подходов может оказаться оправданным, когда основной массив

исследования общения состоит из изучения таких феноменов, как общение при стрессе индивида, личности, общение в группе, в коллективе, но без подробного анализа экологических, эргономических, социологических аспектов адаптации людей к экстремальным факторам среды. Второй подход более целесообразен при изучении адаптации общественного человека, сообщества людей при экстремальных условиях, вызванных природной и социальной средой. Использование в настоящей работе как предмета исследований прежде всего человека в его целостной биологической и социальной, общественной сущности делает целесообразным рассмотрение особенностей общения в экстремальных условиях как субсиндрома стресса, сплетающегося и взаимодействующего с другими формами проявлений стресса, с другими его субсиндромами.

Изменения общения при стрессе могут возникать как при действии на человека физических, физиологических стрессоров, так и в результате контактов с людьми, характер общения которых изменен имеющимся у них стрессом. Целесообразно использовать три уровня анализа изменения общения как субсиндрома стресса [184]. **Первый (мегауровень)** должен охватывать анализ взаимодействия людей в их общении на протяжении больших отрезков времени, сопоставимых с продолжительностью жизни поколений, с учетом так называемого «стресса жизни», т. е. изменения особенностей личностных характеристик и показателей здоровья, возникающих под влиянием длительных социальных, биологических и физических стрессоров, действующих локально на группу людей или на широкие слои населения. **Второй (метауровень)** относится к анализу отдельных актов общения людей при стрессе с учетом их индивидуальных профессиональных и т. п. особенностей, а также с учетом специфики стресс-факторов. **Третий уровень** анализа (микроуровень) должен относиться к изучению отдельных, сопряженных элементов общения при стрессе, раскрываемых специальными методами исследования (психофизическими, инженерно-психологическими и т. п.).

Естественно полагать, что признаки субсиндрома общения при стрессе могут так или иначе проявляться на разных этапах развития стресса как важный элемент адаптационно-защитных ответов индивида на экстремальность ситуации. Взаимодействие совокупности людей при стрессе должно создавать более эффективный защитный потенциал, чем антистрессовый потенциал отдельного человека. Стрессовые изменения общения вплетаются в структуру жизнедеятельности, поведения, рабочей активности людей. Они могут существенным образом, отрицательно или положительно, влиять на психологический климат коллектива, на производительность труда, на успешность преодоления экстремальных ситуаций. При разработке мер овладения стрессом необходимо, учитывая конкретные, частные факторы формирования рассматриваемого синдрома, базироваться на анализе общих закономерностей социально-психологических феноменов, особым образом проявляющихся в экстремальных условиях. Характер и динамика субсиндрома изменения общения при стрессе обуславливаются набором стрессоров, индивидуальными и личностными особенностями людей, на которых действуют эти стрессоры, социокультурными нормами, предусматривающими набор средств управления стрессом.

СТРЕСС ПРИ НЕОЖИДАННОМ «ВТОРЖЕНИИ» В ЛИЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО

Примером, противоречащим модели информационной перегрузки служат данные исследования, проведенного при нашем участии с группой добровольцев в специально оборудованном тоннеле. В нем периодически включалось тусклое освещение, с тем чтобы испытуемый мог видеть только начало своего пути, т. е. пространство впереди себя на расстоянии 3–4 м. До следующего включения освещения тоннеля он успевал пройти примерно 5–6 м в темноте, т. е. часть пути он продвигался на ощупь. В одном из участков тоннеля, в котором испытуемый должен был идти в темноте на ощупь, подвешивался муляж человека. Таким образом, в то время, когда испытуемый в

темноте наталкивался на него, загорался в очередной раз свет. Одна группа испытуемых знала о наличии муляжа, другой группе об этом не сообщалось.

«Вторжение» муляжа в персональное пространство испытуемых, наталкивавшихся на него в темноте, вызывало у них пароксизм страха. «Впервые в жизни почувствовал, как волосы встали дыбом от ужаса» (из отчета испытуемого К.). «Все тело на миг свела ледяная судорога, когда висящий «человек» вдруг оказался между моими вытянутыми руками, которыми я ощупывал стены в темноте» (из отчета испытуемого Г.). Страх возникал и у тех, кто не знал, и у тех, кто знал о возможном столкновении с муляжом человека. У вторых он был менее выраженным и менее продолжительным (согласно отчетам о самонаблюдении испытуемых).

Неожиданным для исследователей явилось то, что уряда «оповещенных» лиц наряду с чувством страха (по их мнению, одновременно с этим чувством) возникало чувство, которое они характеризовали как «смех», «веселье». Подобные чувства возникали у «неоповещенных» только при затухании у них ощущения испуга, а не вместе с ним, т. е. «на фоне памяти об испуге, а не во время него» (из отчета испытуемого Г.).

Можно полагать, что чувство страха было обусловлено в значительной мере за счет неожиданности проникновения указанного муляжа в персональное пространство испытуемых. В данном случае возникал острый стресс, при котором важное место занимало защитное поведение в ответ на один из «примарных» (врожденных) стимулов опасности, к которым принадлежит неожиданное прикосновение (К числу таких стимулов принадлежат, помимо внезапного прикосновения, еще ряд воздействий: падение, громкий звук, вспышка света.)

Страх, вздрагивание, замирание – первая (программная) фаза активного эмоционально-двигательного реагирования при остром стрессе [116, 123 и др.]. Второй фазой (ситуационной) является экстатическое реагирование. Ознакомленность человека с тем, что его ожидает псевдоопасность, вовлекала его в игровую ситуацию. Это создавало у него психологическую

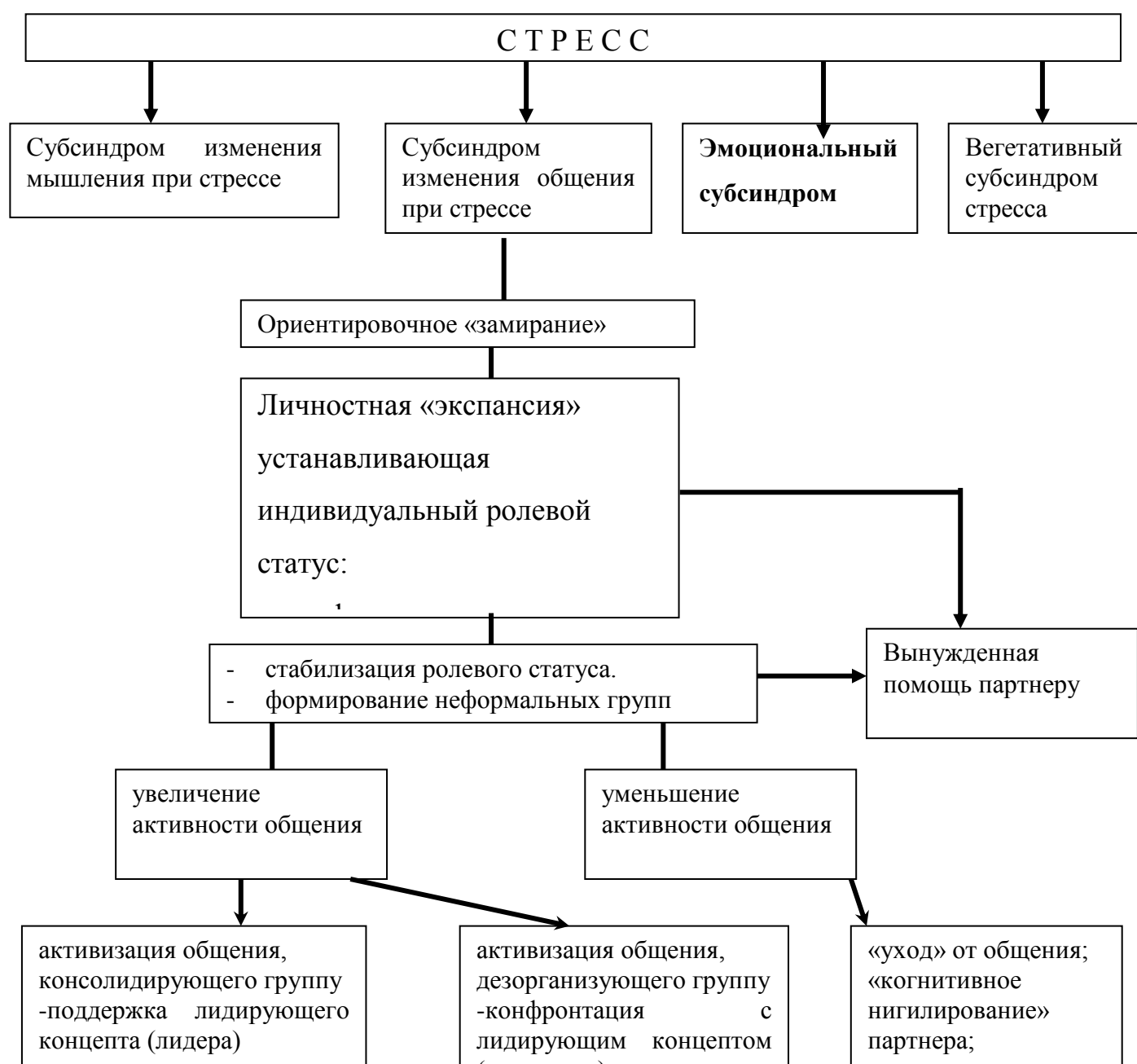
установку, преднастроенность на игровое поведение с эмоционально позитивными переживаниями. Надо полагать, что такая установка в описанных выше опытах не могла «отменить» первую фазу активного стрессового реагирования (страх, вздрагивание). Тем не менее, преднастройка на игровую ситуацию способствовала актуализации одновременно с первой и второй экстатической фазы – преждевременному «торжеству победы» над опасностью, хотя страх перед ней еще не исчез. Таким образом, и чувство страха, и экстатическая веселость активизировались одновременно. Эмоциональный накал испуга, надо полагать, способствовал появлению столь же выраженного начала экстатических переживаний второй фазы стрессового реагирования, которые были значительно сильнее, чем можно было бы ожидать в аналогичной игровой ситуации, если эта ситуация была бы лишена фактора, генерировавшего испуг. Реакция на неожиданное проникновение в персональное пространство (как и реакция на другие «примарные» стимулы) вызвана скорее семантикой стимула (тем, что символизирует эти стимулы), чем их информационными физическими параметрами [351], «программа» таких реакций сопряжена с фило- и онтогенетическим опытом.

Следует сказать об особой значимости угрозы «вторжения» в персональное пространство предмета, принимаемого за человека, в отличие от «вторжения» других объектов. Человек, неизвестный человек «символизирует» потенциально высокий уровень знаний. Если он враждебен, он может разгадать твои способы защиты, он может быть хитрее тебя, вместе с тем он может «уничтожить» тебя не только физически, но и морально. Таким образом, в ситуации стрессогенного проникновения в личное пространство является значимым фактор интеллектуального, мыслительного «могущества» объекта вторжения.

Для индивидов, верящих в существование сверхъестественных, магических сил, угроза «вторжения» в персональное пространство носителей таких сил может явиться более стрессогенным, чем угроза «вторжения» в нее

реального человека. Даже при отсутствии активных суеверий, если индивид не защищен убежденностью в своем превосходстве над иррациональными явлениями или активными знаниями способов мистификации, тогда столкновение с имитацией носителей «сверхъестественных сил» может привести к значительным последствиям. В качестве примера приведем описание случая, когда иностранные туристы для развлечения облачились в маски страшилищ, злых духов, т. е. маски, традиционно используемые в их стране во время карнаваловых шествий. Местные жители не Цанали о существовании такого рода масок. Дело происходило Циочью.

Рисунок 19. Схема развития социально-психологического субсиндрома стресса



Дистресс у некоторых местных жителей достиг столь высокого уровня, что потребовалась врачебная помощь.

Этот случай указывает на необходимость для предотвращения возможности страха перед «вторжением» в персональное пространство сверхъестественных факторов не только наличия социокультурных норм, (исключающих суеверия, но и знаний различных конкретных приемов и способов мистификации. К этому кругу вопросов примыкает проблема различного реагирования субъекта, например, при пользовании общественным транспортом в часы пик, агрессивно-грубое в одном случае – в толпе незнакомых людей, терпеливо-вежливое в другом случае – при наличии людей знакомых [532]. Существует мнение о необходимости различать факторы «плотности» у «скученности», которые зависят от ситуационной обстановки, от направленности и интересов, внимания и организованности большинства лиц, составляющих толпу [362, 540]. Очевидна разница отношения друг к другу людей, тесно сидящих на стадионе во время спортивных соревнований, когда их внимание отвлечено друг от друга, и людей, тесно сидящих на скучном уроке или в ожидании лекции, где больше возможности для взаимодействия этих людей.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОЙ РЕАКЦИИ

Цель: общих чертах ознакомить студентов с понятием биологической

обратной связи, как в целом, так и в плане лечения стресса.

Биологическую обратную связь можно представить себе как метод, посредством которого собирается информация о биологической деятельности индивида собирается, обрабатывается и посылается обратно к нему, так что он в результате может изменить эту деятельность. Тем самым создается «петля обратной связи», которую можно видеть на рисунке 20:

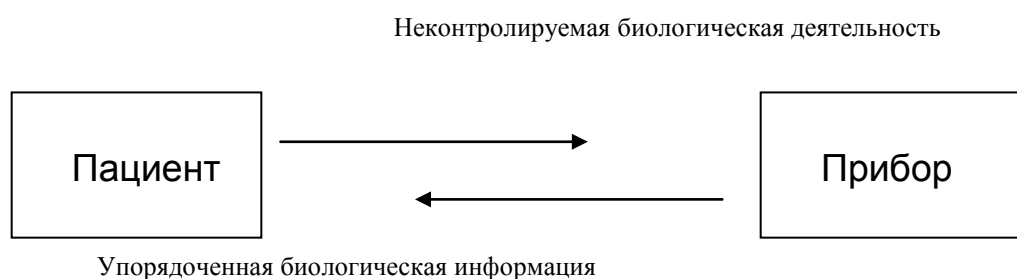


Рисунок 20.

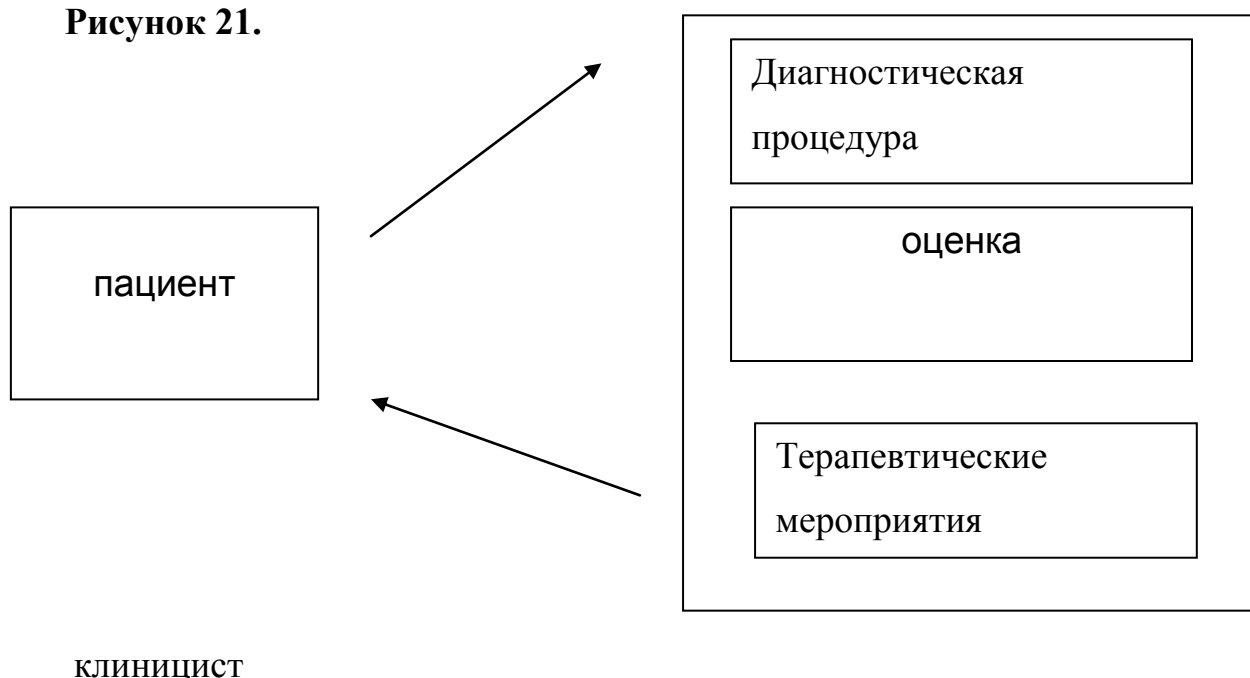
Петли обратной связи участвуют почти во всех функциях человеческого организма, начиная от петель обратной связи, ответственных за изменение скорости протекания самых элементарных биохимических реакций до крайне сложных видов деятельности человека. Наличие на определенном уровне информации о результате того или иного события необходимо для того, чтобы изменить его любым (но неслучайным) образом.

Итак, хотя концепция, лежащая в основе биологической обратной связи элементарна с точки зрения биологии, она тем не менее не получила широкого распространения в терапевтической науке. В традиционной медицинской модели больной имеет физиологическое нарушение, а клиницист собирает информацию о его физиологическом функционировании, делает заключение и предписывает соответствующую терапию, в то время как пациент играет пассивную роль. Это взаимодействие, изображенное ниже, представляет собой замкнутую информационную петлю, начинающуюся и заканчивающуюся на пациенте и включающую приборы для сбора информации, клинициста и лечебную аппаратуру.

Как видно из сравнения на рисунках 20 и 21, принцип, на котором основана биологическая обратная связь, требует активного участия пациента в изменении его состояния.

Рассмотрим, например, дыхательную деятельность, которая может осознаваться, если обратить на нее внимание, но обычно протекающая при участии сознания. Конечно, вопрос об осознанности даже не рассматривается, когда речь заходит о висцеральных автономных реакциях. Похоже на то, что в мозге человека существует определенная иерархия и многие функции

Рисунок 21.



осуществляются на подкорковых уровнях, особенно те, которые носят непрерывный характер, как, например, сердцебиение или биохимические реакции. Хотя, возможно, именно такой способ функционирования организма является эффективным, он препятствует сознательному прослеживанию за протеканием автономных функций и, следовательно, их осознанному изменению. Именно это и обеспечивает биологическая обратная связь – дает организму возможность приобрести некоторый контроль над автономной биологической деятельностью.

Получено все больше и больше данных о том, что при наличии соответствующей информации (как в случае биологической обратной связи)

человек может научиться изменять функции организма, считавшиеся ранее недоступными для сознательного контроля. Происходит возрастание (в известных пределах) контроля над активностью как сознательной, так и автономной нервной деятельностью.

История

Относительно новый термин «биообратная связь», как сообщается, был введен на первом ежегодном собрании Общества по изучению биообратной связи в 1959 г. как сокращенная модификация «биологической обратной связи». Хотя сам термин «биообратная связь» является новым, скрывающиеся за ним идеи имеют определенную историю.

Историческое развитие биологической обратной связи можно проследить вплоть до начала нашего столетия и работ И. П. Павлова и Watson, с одной стороны, и Thorndike – с другой. Исследования И. П. Павлова и Watson в области классического обусловливания деятельности автономной нервной системы рассматривались как принципиально отличные от работ Thorndike по оперантному обусловливанию деятельности скелетно-мышечной системы. Ранние исследователи объясняли обусловливание деятельности автономной нервной системы исключительно в рамках классической парадигмы (S–R модели, в которой обусловливание происходит на основе ассоциации, а не является следствием поведения, как в оперантной модели). Таких воззрений придерживались в течение многих лет. В то же самое время, согласно обзору Gatchel и Price (1970), появились сообщения о людях, которые, как утверждалось, могли произвольно изменять уровень автономного функционирования [Lindsley, Sassaman, 1938; Лурия А. Р., 1958; McClure, 1959; Ogden, Shock, 1939]. Однако, механизмы, ответственные за эти изменения, оставались неизвестными.

В начале 60-х годов появились сообщения об испытуемых, способных изменять сердечную деятельность [Frazier, 1966; Shearn, 1962; Engel, 1972].

В 70 же самое время Basmajian (1963) сообщил о больных, способных управлять деятельностью отдельной мышечной группы. С развитием

электромиографической биообратной связи Budzynski и Stoyva начали исследовать проблему применения биологической обратной связи как вспомогательного средства для общего расслабления и для лечения головных болей нервно-мышечного происхождения [Stoyva, Budzynski, 1974].

В этот период меннигеровская группа, возглавляемая Green и Green, изучала возможности использования температурной биообратной связи в условиях клиники [Green, Green, 1979].

Наконец, широкую известность получили ранние исследования Kamiya (1959) и Brown (1977) электроэнцефалографической биообратной связи, хотя для клиники, по-видимому, большее значение имела работа Stermann (1972, 1973) по клиническому применению биологической обратной связи для лечения эпилепсии.

Последние годы продемонстрировали еще более возросшие возможности применения биологической обратной связи для решения ряда клинических проблем, включая вазоспастические симптомокомплексы [Taub, Stroebe, 1978], желудочно-кишечные расстройства, синдром мышечной контрактуры [Budzynski, 1978; Whitehead, 1978], а также физическую реабилитацию [Fernando, Basmajian, 1978], если упомянуть лишь некоторые из них.

Несмотря на имеющийся прогресс, остается нерешенным вопрос: что такое биологическая обратная связь? Является ли она вариантом оперантного обусловливания или чем-то другим? Какое влияние оказывает (если оказывает вообще) деятельность поперечно-полосатой мускулатуры на автономную активность? На эти вопросы еще предстоит ответить.

В заключение необходимо подчеркнуть, что биообратная связь в ее теперешнем виде возникла недавно, так как необходимая для ее создания технология появилась, только в конце второй мировой войны. Новые методы сбора, накопления, обработки и представления данных появляются едва ли не ежедневно, и именно в этой области в ближайшем будущем можно ожидать многочисленных новых исследований и разработок.

Типы биологической обратной связи

В этом разделе мы кратко рассмотрим несколько типов биологической обратной связи, опишем их сущность и возможности клинического применения.

Электромиографическая (ЭМГ) биообратная связь

Описание. Термин ЭМГ по отношению к биообратной связи означает электромиограф. Используемый здесь аппарат ЭМГ—это прибор, улавливающий электрические импульсы посредством специальных металлических датчиков (электродов), которые накладываются на кожу при помощи электродного крема, предназначенного для улучшения проводимости. Устройство усиливает и обрабатывает импульс, вызывая на выходе свечение, отклонение стрелки или звук, коррелирующие с величиной сигнала или с любой из их комбинаций. Пациент воспринимает эти сигналы, получая таким образом информацию, необходимую для изменения определенной функции—в данном случае мышечного напряжения.

Слова «стресс» и «напряжение» часто используются как взаимозаменяемые, и само мышечное напряжение является заметным компонентом реакции «битвы—бегства». При восприятии угрозы каждая мышца тела может быть напряжена; некоторые из них, однако, напрягаются характерным образом. Например, мышцы задней стороны шеи напрягаются, как бы в характерной попытке держать голову прямо, быть бдительным. Мышцы спины, плеч и челюстей напрягаются, когда индивид ощущает, что находится в опасности или в стрессовой ситуации.

Так как мы говорим о поперечно-полосатой мускулатуре, может показаться, что контроль в этом случае является произвольным и поэтому ему легко научиться. Трудности возникают, когда сокращение нарастает так медленно и незаметно, что человек не осознает возросшего мышечного напряжения, пока уже не наступит мышечный спазм. Аппарат ЭМГ позволяет человеку осознать даже небольшое увеличение мышечного напряжения, давая возможность ему таким образом расслабить участвующие в этом мышцы.

Размещать электроды ЭМГ можно в принципе на любой поверхности поперечно-полосатой мышцы, доступной для кожных или игольчатых электродов. Биообратная связь от мышц лба часто используется в «тренинге культивируемого низкого уровня реактивности» [Stoyva, 1977]. При обучении более генерализованной релаксации электроды можно помещать на оба запястья (для верхней части тела) и обе щиколотки (для нижней части тела).

Показания. В контексте задач данной главы биологическая обратная связь по ЭМГ применялась для лечения стресса главным образом по двум основным направлениям. Во-первых, давая пациенту возможность научиться расслаблять конкретную мышцу или группу мышц (например, жевательные мышцы при скрежетании зубами). Во-вторых, биообратная связь по ЭМГ может быть использована для вызывания более генерализованной релаксации и понижения реактивности (например, биообратная связь по лобномышечной ЭМГ), воздействуя таким образом на стресс в большей степени через центральные Механизмы [Stoyva, 1977; Stoyva, Budzynski, 1974].

Вероятно, к двум наиболее часто встречающимся специфическим проблемам, связанным с мышечными контрактурами, относятся головные боли, обусловленные мышечным напряжением, и скрежетание зубами во сне. Budzynski в своем обзоре (1978) делает вывод, что биообратная связь по ЭМГ может быть весьма полезной для смягчения или устранения вызванных мышечной контрактурой головных болей. Cannistraci (1975) доказывает, что биообратная связь по ЭМГ может эффективно использоваться для редуцирования синдромов стискивания и скрежета зубов, наблюдаемых обычно при бруксизме.

Однако с объективной точки зрения эффективность биообратной связи по ЭМГ (или, кстати говоря, любой другой формы биологической обратной связи) пока еще строго не доказана, возможно, вследствие того, что она обычно сочетается с другими терапевтическими методами и редко встречается в чистом виде. Вместе с тем, как и другие терапевтические методики биообратной связи, ЭМГ определенно является весьма полезным

вспомогательным средством лечения многочисленных заболеваний и стрессовых состояний.

Температурная биообратная связь

Описание. Использование температурной биообратной связи основано на том факте, что периферическая температура кожи отражает сосудодвигательную функцию (расширение и сужение сосудов). Таким образом, когда периферические кровеносные сосуды расширены, ток крови через них увеличивается и кожа становится более теплой. Измеряя температуру в конечностях, можно определить степень сужения кровеносных сосудов и, так как их сужение и расширение регулируются симпатическим отделом автономной нервной системы, можно вторичным, косвенным путем измерить степень симпатической активности.

Оборудование, используемое в температурной биообратной связи, выполняет ту же основную функцию, что и вышеописанная аппаратура биологической обратной связи по ЭМГ; оно состоит из датчика, обрабатывающего устройства и дисплея. В данном случае датчиком является термистор, небольшой термический измерительный прибор, который обычно прикрепляется на палец испытуемого. Он соединен с устройством, усиливающим электрический импульс с термистора и трансформирующим его или в световой или в акустический сигнал, либо в отклонение стрелки, что указывает на очень небольшое снижение или увеличение температуры. Диапазон измерений прибора биообратной связи обычно составляет $\pm 1^{\circ}\text{C}$.

Кажется очевидным, что кожная температура может теоретически возрасти только до внутренней температуры тела, хотя Fuller (1972) сообщает о факте подъема температуры до более высоких показателей. Если исходная температура кожи пациента нормальна, то возможное увеличение температуры в этом случае не будет слишком выраженным.

Показания. Температурная биообратная связь оказалась полезной при функциональных кровообращениях, таких, как болезнь Рейно и заболевания периферических сосудов [Taub, Stroebel, 1978]. Она была использована для

лечения мигрени, артериальной гипертонии я в тех случаях, когда больной пытается контролировать симпатическую деятельность, как при астме и в процессе психотерапии. В последнем случае, как было обнаружено, она оказалась полезной для определения областей повышенной симпатической импульсации, что может дать информацию о сопротивлении пациента, участвующего в психотерапии. Одна небольшая техническая трудность заключается в существовании короткой, но значимой задержки в несколько секунд между временем симпатического сигнала, сужением сосуда и падением температуры и конечности. Это измеримое снижение температуры может быть выведено на дисплей через несколько секунд после явления, вызвавшего возникновение симпатической импульсации.

Температурная биологическая обратная связь играет определенную роль в лечении стресса, поскольку она является хорошим индикатором возбуждения симпатической нервной системы. По этой причине она является ценным средством обучения общему расслаблению; пациенту в этом случае дается инструкция постараться повысить кожную температуру. Эта форма терапии часто применяется отдельно, как альтернатива ЭМГ или в комбинации с ней.

Электроэнцефалографическая (ЭЭГ) биообратная связь

Описание. Как известно, мозг постоянно генерирует электрическую активность. Возникающая в мозге электрическая активность является, по-видимому, результатом разрядов на синапсах. В 1924 г. Hans Berger разработал метод графической регистрации электрической активности мозговых волн. ЭЭГ регистрирует видимо, деятельность синапсов, расположенных ближе всего к поверхности мозга. Существует много восходящих путей, идущих в кору; при этом считается, что самым близким к поверхности мозга представительство обладает ретикулярная активирующая формация. Эти данные крайне трудно анализировать, так как единственный нейрон может иметь в коре до тысячи ответвлений. Поэтому хотя то, что регистрирует ЭЭГ, носит весьма неспецифический характер, принято считать,

что различные волновые формы все же коррелируют с определенными состояниями сознания и отражают деятельность мозга, особенно его ретикулярной активирующей формации.

Мозговые волны были подразделены на четыре категории в зависимости от их доминантной частоты и амплитуды. Термин «частота» обозначает число циклов, генерируемых за секунду или минуту, и связан с числом нейронных разрядов в единицу времени. Амплитуда относится к количеству генерируемого электричества и связана с числом одновременно появляющихся нейронных разрядов,

Мозговые волны можно описать следующим образом. Бета-волны характеризуются частотой 13 или более циклов в секунду и низкой амплитудой. Они наблюдаются в состоянии бодрствования, настороженности. Такие состояния могут возникать при сосредоточении внимания или возбуждения. Альфа-волны характеризуются частотой от 8 до 13 циклов в секунду и амплитудой от 20 до 100 мкВ. Как предполагается, эта характеристика связана с состоянием релаксации, характеризующимся спокойствием, пассивным вниманием и невозмутимостью. Частота тета-волн составляет 4–8 циклов в секунду, а амплитуда–20 или менее мкВ. Они часто отмечаются при сновидном фантазировании. Наконец, частота дельта-волн составляет 0,5–4 цикла в секунду; они ассоциируются с глубоким сном. Хотя и существуют стандартные места расположения электродов, их точное размещение от сеанса к сеансу не играет принципиальной роли, поскольку измеряемое значение представляет собой весьма усредненную величину показателей, регистрируемых с обширной корковой области. Одной из основных проблем при этом типе измерений является наличие двигательных и мышечных артефактов, а также помех, индуцированных от окружающих прибор электрических систем. Для того чтобы уменьшить степень возбуждения от зрительных раздражителей, испытуемого обычно просят закрыть глаза. Приборы в основном оборудуются так, чтобы можно было установить верхнюю и нижнюю частоты. Для создания «окна» обратной

связи верхняя частота обычно устанавливается такой, что пациент получает звуковой сигнал по каналу обратной связи в течение 50% от всего времени, а пороговая низкая частота устанавливается на четыре цикла в секунду меньше исходного значения. Амплитудные уровни устанавливаются таким образом, что нижний уровень является немного меньшим среднего значения для данного испытуемого (обычно около 20 мкВ), а верхняя граница расположена выше максимальной амплитуды мозговых волн (т. е. около 60 мкВ). Это создает амплитудный диапазон, исключая шум и большую часть мышечных артефактов. Этот метод описан Fuller в его книге: «Биологическая обратная связь: методика и порядок проведения в клинической практике».

Индивидуум получает обратную связь, когда и амплитуда, и частота находятся в рамках требуемого диапазона. Наиболее благоприятный для обучения тип обратной связи зависит от того, что предпочитает пациент. Если имеются различные варианты, то обычно бывает целесообразно предоставить больному возможность выбора.

Из всех форм биологической обратной связи, вероятно, применение ЭЭГ обосновано хуже всего. Обобщая исследования Barbara Brown (1977), видно, что предпринимались попытки увеличения альфа-активности с целью вызова общего расслабления. Подразумевается, что это целесообразно для личностей с обсессивно-компульсивными расстройствами, а также »с высоким общим уровнем стресса и тревоги. Это использовалось также для облегчения засыпания и улучшение сосредоточения и внимания, что обычно достигалось через подавление альфа-активности. Высказывались некоторые предположения относительно использования повышенной тета-активности для усиления творческих способностей; однако полученные данные говорят о наличии двойственного соотношения между творческой способностью и повышением тета-ритма.

Предлагали также применять ЭЭГ для уменьшения хронических болей. Идея заключалась в том, чтобы развить у больного способность отвлечься от осознания боли так, чтобы болевой цикл–боль, вызывающая напряжение,

приводящее к возрастанию боли, был бы разрушен посредством переключения внимания. Сообщалось о некоторых положительных результатах, полученных в рамках этого конкретного способа использования биообратной связи по ЭЭГ. Упоминалось также о применении биологической обратной связи для лечения эпилепсии.

Что касается терапии стресса, главная цель ЭЭГ заключается, видимо, в обучении увеличивать альфа-активность, снижать уровень возбуждения и повышать в целом индивидуальную способность к пассивному вниманию; однако мы уже упоминали в данной главе, что у этой особой области может быть больше популярности и энтузиазма, чем следовало бы. Похоже, что в настоящее время этот метод, по сравнению с другими формами биообратной связи, используется менее широко, но более глубоко изучается в лабораторных условиях.

Электрокожная (ЭК) биообратная связь

Описание. Электрокожная – это родовой термин, относящийся к электрическим характеристикам кожи. В рамках этого вида биологической обратной связи существуют многочисленные способы измерения. Самым старым и наиболее часто встречающимся методом является определение кожно-гальванического сопротивления (КГС). Вообще говоря, изменение электрических характеристик кожи является функцией симпатической нервной активности; поэтому при использовании биообратной связи по ЭК пациент, очевидно, обучается воздействовать на симпатическую нервную активацию.

Показания. ЭК используется главным образом для того, чтобы продемонстрировать индивиду взаимосвязь психики и тела. Кроме этого, предпринимаются попытки обнаружения корреляций между типами реагирования и структурой личности; однако в настоящее время такие исследования рассматриваются как преждевременные. В психотерапии ЭК используется главным образом в рамках систематической десенсибилизации – теория утверждает, что никто не может одновременно находиться в состоянии

расслабления и активации и поэтому фобии и тревога должны хорошо поддаваться лечению этим методом. В некоторых случаях ЭК может использоваться для снижения общего симпатического возбуждения, возможно, это является основным применением данного метода для лечения стресса. Наконец, ЭК используется как метод исследования при психотерапии. В этом случае прибор предназначен для того, чтобы графически продемонстрировать как врачу, так и больному области возбуждения; полученные данные можно интерпретировать как один из вариантов «языка тела» [Fair, 1979].

Меры предосторожности

На самом деле отрицательных реакций вследствие применения биологической обратной связи может возникнуть очень мало; однако практикующий клиницист должен быть осведомлен о некоторых отрицательных эффектах, которые могут быть вызваны или, возможно, обострены в результате использования данного метода.

В первом случае – это больной, получающий с той или иной целью медикаментозное лечение. Некоторые больные рассматривают биологическую обратную связь как альтернативу лекарственным средствам и могут преждевременно или по ошибке прекратить прием препарата, назначенного совсем с другими целями. Необходимо тщательно опросить пациентов о приеме ими медикаментов и строить свою тактику соответственным образом. Наиболее серьезную проблему могут представлять больные диабетом, получающие инсулин. В этих случаях вызывание релаксации может снизить потребность в инсулине и нормальная доза, которую обычно принимал больной, может вызвать гипогликемическую кому. У больных с гипертонией или гипотонией также могут возникнуть определенные трудности, проявляющиеся в изменении артериального давления. Кроме того, было обнаружено, что у больных эпилепсией, занимающихся биологической обратной связью, особенно с использованием медленных ноли (6–9 Гц), увеличивается вероятность развития припадка.

Вместе с тем тренировка с высокочастотной ЭЭГ может оказаться на самом деле более перспективной при лечении эпилепсии [Brown, 1977]. Могут возникнуть также проблемы, связанные с неправильным обучением больного врачом. В качестве примера следует привести лечение бруксизма путем размещения ЭЭГ-датчиков с одной стороны, что приводит к ненормальному положению из-за нарушения мышечного баланса. Неправильное применение биообратной связи по ЭМГ при лечении кривошеи также может привести к большему нарушению баланса, чем то, которое наблюдалось до лечения.

Биологическая обратная связь может оказаться не особенно полезной при лечении престарелых больных, у которых существует возможность снижения артериального давления и коркового кровотока. Биообратная связь также обычно не используется у непсихотических больных вследствие наличия у них нарушений в когнитивной сфере; она даже может быть включена в бредовую систему.

Лечение нарушений ритма сердца может проводиться только клиницистом, хорошо знакомым с физиологией сердца и имеющим в своем распоряжении реанимационное оборудование и соответствующий персонал. Такие занятия часто проводятся в кардиологических отделениях.

Роль клинициста

Из вышесказанного может показаться, что основным элементом биологической обратной связи является аппаратура. В действительности дело обстоит не так. Не менее важным элементом этой формы терапия, как и любой другой, является пара клиницист–пациент. Биологическая обратная связь в еще большей степени, чем многие другие терапевтические методы, требует со стороны больного стремления достичь успеха и закреплять уже выученное в интервалах между занятиями. Поэтому его отношения с клиницистом являются чрезвычайно важными.

Одной из причин успешности биообратной связи является степень когнитивного переструктурирования, происходящего у пациента таким образом, что он начинает видеть способы взаимодействия мозга и тела. Это

опять-таки зависит от его отношения с клиницистом, который может помочь ему в ходе этого процесса. В таком контексте биологическую обратную связь можно рассматривать как вспомогательное средство установления более общих терапевтических отношений. Биообратная связь не отличается от гипноза, релаксационной терапии и т. д. в том, что она является инструментом, который может использоваться для направленного воздействия на симптом или симптомокомплекс, но только в рамках всеобъемлющих терапевтических отношений. В этом смысле клиницист подобно театральному режиссеру занят постановкой пьесы, но сам не участвует в представлении. Он дает полезные советы, указания, осуществляет обратную связь и подкрепляет результаты, но сам не изменяет больного, помогая лишь этим изменениям развиваться. Он облегчает пациенту возможность измениться посредством отношения, установившегося между ними. Нашу первоначальную схему биологической обратной связи (см. рис. 20) можно модифицировать, как показано на рис.22:



Таким образом, клиницист получает информацию о больном, как при помощи прибора, так и от него самого; информацию он передает пациенту обратно, давая тем самым ему возможность лучше использовать данные, которые тот сам получает от прибора (уточнение, подкрепление, интерпретация). В таком контексте клиницист рассматривается как важный

элемент петли биообратной связи, хотя ответственность за изменение лежит на самом пациенте, который сам осуществляет эти изменения. Возможно, что различные результаты относительно эффективности биологической обратной связи, полученные разными авторами, отражают такие «неспецифические факторы», как влияние клинициста. Обсуждение этого вопроса читатель может найти у Caarder и Montgomery (1977).

Выводы

Прослежены некоторые источники метода биологической обратной связи и обсуждены некоторые принципы, на которых основана эта форма лечения, рассмотрены некоторые типы биообратной связи, способы их применения и те условия, которые являются наиболее благоприятными для применения этих методик. В данный раздел включен только тот материал, который может оказаться полезным с клинической точки зрения и который может помочь клиницисту определить целесообразность использования им этого метода для лечения стрессовых состояний. Отдельно подчеркнуто, что сама методика является всего лишь частью лечебного процесса, что эффективность ее применения зависит как от самого инструмента, так и от того, кто с ним работает, и что этот метод может быть весьма полезной составной частью лечения.

Это направление представляет собой крайне интересный объект исследований, причем почти с каждым днем открываются новые возможности применения данного метода. Проблема биологической обратной связи стоит на переднем фронте нашего понимания функционирования психики и тела и того способа, посредством которого мозг дирижирует различными функциями системы «психика–тело». По мере увеличения медицинских и психологических знаний и развития технологии эта область будет по-прежнему представлять интерес, как для науки, так и для лечебной работы. Литература, в которой содержится полезная информация по клиническому применению биологической обратной связи, включает работу Caarder и Montgomery (1977), Fuller (1972), Gatchell и Price (1979), Blancahrd и Epstein

(1978) и Basmajian (1979).

ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ ОТРЕАГИРОВАНИЕ СТРЕССА ПОСРЕДСТВОМ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИИ

Исследовав литературу, посвященную природе стресса, можно сделать вывод, что стрессовая реакция представляет собой психофизиологический процесс, подготавливающий организм к физической деятельности. Увеличите притока крови к сердцу и поперечно-полосатой мускулатуре, увеличение ее напряжения и повышение уровня глюкозы в крови наряду с уменьшением притока крови к желудочно-кишечной системе и коже представляет собой всего лишь несколько признаков, свидетельствующих о мобилизации ресурсов организма в процессе подготовки к физической активности [Benson, 1975; Cannon, 1953; Chavat et al., 1964].

Основываясь на результатах дискуссий, проводимых под руководством Всемирной организации здравоохранения, Chavat (1964) заключил, что если стрессовая реакция не ведет к таким активным соматомоторным проявлениям, то организм оказывается в условиях возросшего напряжения или психофизиологической нагрузки: «Очевидно, что часто повторяющиеся случаи, подавляемые соматомоторных феноменов должны способствовать увеличению нагрузки на сердце и кровеносные сосуды, а также значительным и, вероятно, довольно продолжительным изменениям состава крови и химического состава эффекторных клеток сердца и сосудов». Такие потенциальные состояния психофизиологической перегрузки рассматривались многими исследователями как основная причина развития связанных со стрессом психосоматических заболеваний [Krauss, Raab, 1961]. В самом деле, если бы правильно было интерпретировано выражение «мудрость тела», как тенденция интенсивного стресса к любым формам проявления утилизации или соматомоторной утилизации, тогда терапевтические методы обучения пациента адекватным и целебным

способам выражения стрессовой реакции быстро бы получили свое развитие.

Цель: терапевтическое использование физических упражнений как метода оздоровительного отреагирования (утилизации) стресса.

История лечебной физкультуры

Тысячи лет назад чрезвычайно активный образ жизни первобытного человека давал ему достаточно возможностей для физического и психологического отреагирования опасности, фрустраций и других потенциальных стрессов с которой он сталкивался повседневно. Однако по мере развития человека от «физического существа» к «мыслящему существу» у него становилось все меньше и меньше возможностей для отреагирования эффектов стресса. Согласно Chavat (1964), «При продуцировании (стрессовых) реакций... у цивилизованного человека... (физически активный) компонент обычно более или менее подавлен». На этом этапе человеческого развития когда-то повсеместная физическая активность приобрела терапевтический потенциал.

Возможно, самое раннее использование терапевтического фактора физических упражнений датируется, согласно Ryan (1974), пятым веком до н. э. Именно в это время греческий врач Herodicus предписывал гимнастику при лечении различных заболеваний. Во втором веке до н. э. Асклепиад назначал ходьбу и бег в сочетании с диетой и массажем от болезней, равно как и пороков «пресыщенного» общества.

Считается, что живший в XVI в. в Европе Joseph DUCHESNE впервые применил плавание в качестве терапевтического средства. Как говорят, он использовал такого рода физическую активность для тренировки сердца и легких. С этого времени физические упражнения стали пользоваться в Европе большой популярностью, как в терапевтическом, так и в профилактическом аспектах.

После первой мировой войны применение лечебной физкультуры и изучение ее физиологических основ широко распространилось в Соединенных Штатах, В 60-х годах физическая подготовка стала очень популярной среди любителей. По мере включения все большего числа людей

в занятия физическими упражнениями накапливались новые данные об их природе и эффектах. Сегодня физическая культура во все мире пользуется большой популярностью. Ею занимаются миллионы людей и её снова «открывают» для себя специалисты в области здравоохранения.

Механизм действия

Хотя физические тренировки сами по себе являются интенсивной формой стресса, они сильно отличаются от стрессовой реакции, участвующей в развитии хронических заболеваний. Этот момент часто бывает неясен для пациента, который не может понять, почему стресс, воздействующий на него во время упражнений, является целебным, тогда как стресс, испытываемый им, например, при заторе на дороге, может быть патогенным. Следует изучить механизмы, которые могут ответить на этот вопрос.

Существуют три механизма терапевтического воздействия физических тренировок при лечении чрезмерного стресса. Сюда входят: 1) механизмы, действующие во время упражнений; 2) механизмы, действующие в течение непродолжительного периода после упражнений; 3) механизмы, действующие в течение длительного периода после упражнений.

Терапевтические механизмы, действующие во время сильной физической нагрузки, проявляются в тенденции такой физической активности использовать для оздоровления организма потенциально вредные компоненты стрессовой реакции. Во время стресса реагирующие на него гормоны (главным образом, кортизол) начинают расщеплять жировую ткань с высвобождением энергии. При этом процессе в кровяное русло выбрасывается разновидность жиров, так называемые триглицериды. Предполагалось, что высокое содержание этих жиров в сыворотке крови играет роль в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца [Haskell, Fox, 1974]. Однако физическая активность в действительности снижает уровень триглицеридов в крови. Аналогично и при стрессовой реакции предъявляются существенные требования к сердечно-сосудистой системе. Увеличиваются сердечный выброс (частота сердечных сокращений,

помноженная на ударный объем), артериальное давление, периферическое сопротивление сосудов. При умеренной физической активности эти факторы, однако, оказывают более положительное воздействие на здоровье человека. Хотя сердечный выброс тоже увеличивается, ритмическая активность поперечно-полосатой мускулатуры в действительности способствует притоку крови обратно к сердцу (увеличение венозного притока). Артериальное давление во время упражнений также повышается, но обычно не так резко, как в тех случаях, когда мы остаемся физически пассивными (как, например, в транспортной «пробке»). Наконец, мы видим, что при стрессе увеличивается сопротивление кровотоку к коже и другим периферическим органам. Во время стресса, вызванного упражнениями, периферическое сопротивление на самом деле уменьшается, что способствует охлаждению тела и понижению артериального давления. Описанные только что примеры свидетельствуют о принципиально отличающихся способах реагирования организма на стресс при упражнении по сравнению со стрессовой реакцией, во время которой мы остаемся в статическом или пассивном положении. Можно привести аналогичные примеры относительно легочной деятельности и гемодинамики. Ясно, что острое состояние напряжения организма при стрессе во время тренировок совершенно отличается от стрессовой реакции, испытываемой в статическом пассивном положении. Хотя непосредственно физическая активность имеет свойство конструктивно использовать компоненты стрессовой реакции, следует знать терапевтические аспекты упражнений, относящиеся к более продолжительному периоду после выполнения упражнений.

Терапевтические механизмы краткосрочного действия связаны с тем, что в результате тренировок возникает состояние релаксации после физической активности. Очевидно, что сами упражнения представляют собой мощную эрготропную реакцию, опосредованную симпатической нервной системой; однако, согласно Balong (1978), при завершении упражнений восстановление психофизиологического функционирования

организма может осуществляться посредством трофотропной реакции, инициируемой парасимпатической системой. Эта фаза восстановления, будучи краткосрочной, продолжается до двух часов. Согласно De Vries (1966), гамма-моторная нервная разрядка может тормозиться в процессе восстановления после физической активности. Гамма-моторная система является основным нейрогенным путем от коры головного мозга к поперечно-полосатой мускулатуре. Результатом такого торможения является, следовательно, расслабление поперечно-полосатых мышц. Этот расслабляющий эффект тесно связан с краткосрочным снижением диффузной тревоги и эрготропного тонуса в автономной и поперечно-полосатой мускулатуре после тренировок. Было показано, что напряжение поперечно-полосатых мышц способствует развитию диффузной тревоги и активации поперечно-полосатой и автономной мускулатуры через сложную систему обратной связи [Gellhorn, 1967; Jacobson, 1978]. Эта система включает афферентную (поступающую) проприоцептивную импульсацию от поперечно-полосатых мышц к гипоталамусу и коре головного мозга. Поэтому уменьшение напряженности поперечно-полосатой мускулатуры должно приводить к общему снижению эрготропного тонуса во всем организме, а также к понижению уровня диффузной тревоги.

Терапевтические механизмы краткосрочного действия тренировок включаются в том случае, если упражнения выполняются постоянно в течение определенного периода (по меньшей мере 3–4 нед, но обычно 7–8 нед). Сущность этих механизмов заключается в развитии большей толерантности к высоким уровням стресса. У постоянно занимающегося физическими упражнениями человека развиваются весьма желательные изменения в организме, включающие улучшение функционального состояния его систем, обычно подвергающихся наибольшему напряжению вследствие стрессовой реакции. Такое улучшение функционального состояния этих систем помогает организму успешно противостоять интенсивному стрессу, представляя собой в некотором роде «преграду» против патологического

воздействия чрезмерного стресса. Wilmore (1977) в своей работе обобщил эти изменения в организме. Наиболее значительными из них являются следующие:

1. Возрастание эффективности сердечной деятельности.
2. Улучшение легочной функции.
3. Улучшение утилизации глюкозы крови.
4. Уменьшение жировой ткани.
5. Снижение артериального давления в покое.

Повторим еще раз: эти изменения представляют важность для нашего обсуждения проблемы стресса, так как все они повышают способность пациента противостоять интенсивным стрессорам, противодействуя тем самым патогенному воздействию чрезмерного стресса в случае его возникновения.

Исследования клинических возможностей и влияние физических тренировок

Обзор литературы по использованию физических тренировок для лечения стресса и связанных со стрессом расстройств раскрывает терапевтические возможности этого подхода.

1. Было обнаружено, что 5 мин ходьбы (30 шагов в минуту) по помосту шириной 50 см снижают напряжение в мышцах ног на 23% через час после начала занятий [De Vries, 1963].
2. Было обнаружено, что 15 мин ходьбы с частотой сердечных сокращений 100 уд/мин расслабляют мышцы сильнее, чем 400 мг мепробамата [De Vries, Adams, 1972].
3. Было обнаружено, что программа физических тренировок (бег трусцой, ритмические гимнастические упражнения, занятия водным спортом) эффективны для снижения мышечного напряжения у мужчин в возрасте от 52 до 88 лет [De Vries, 1970].
4. Психологические эффекты физических тренировок были обобщены в обзоре Laupman (1974); она делает вывод, что упражнения могут быть

эффективны для:

- а) лечения тревоги;
- б) уменьшения агрессивности (воинственности);
- в) увеличения уверенности в себе и улучшения самооценки;
- г) снятия фрустрации [Dodson, Mullens, 1969; Krauss, Raab, 1961].

Очевидно, что необходимы дальнейшие исследования проблем клинического использования физических тренировок для лечения стресса и связанных с ним расстройств. Уже сейчас, однако, можно сделать вывод о том, что упражнения могут эффективно применяться для мышечного расслабления при синдромах, связанных с напряжением мышц. Можно также рассматривать упражнения как уникальный психотерапевтический фактор, который, по меньшей мере, представляется способным помочь нормализации психического статуса пациента. Более конкретно считается, что психодинамические факторы, либо предрасполагающие к чрезмерному стрессу (низкая самооценка, низкий порог фрустрации, неправильное представление об организме), либо способствующие его развитию (депрессия, тревога, враждебность), очевидно, могут быть редуцированы посредством определенных типов физических упражнений.

Наконец, можно упомянуть о развитии так называемого пика формы бегуна – ощущений спокойствия и невозмутимости, возникающие, как сообщалось, во время или после интенсивных физических тренировок. Однако все имеющиеся пока сообщения носят субъективный характер [Hidgon, 1978]. Выдвигались предположения, что в основе этого эффекта лежат повышение содержания норэпинефрина и усиление мозгового кровотока, но возможности терапевтического использования этого явления пока неясны.

Программа физических тренировок

Типы упражнений

Принято считать, что с терапевтической точки зрения наилучшими упражнениями, являются те, которые удовлетворяют трем критериям. Первый

и самый важный с физиологической точки зрения заключается в том, что упражнение должно быть аэробным. Аэробные упражнения – это любые упражнения, во время которых поддерживается повышенная (по сравнению с базальным метаболическим уровнем) потребность организма в кислороде; обычно к ним относятся упражнения на выносливость. Второй критерий: упражнение должно включать в себя ритмические и координированные, а не беспорядочные и некоординированные движения. Любое упражнение, удовлетворяющее этим двум критериям, можно считать полезным в чисто физиологическом плане. Третий критерий играет решающую роль, но лежит в когнитивной и аффективной сферах – физическое упражнение должно быть «неэгоцентрическим». Неэгоцентрические упражнения лучше всего определить по контрасту с эгоцентрическими. Упражнение является эгоцентрическим, если в его выполнении непосредственно отражается оценка пациентом своего «Я». Тогда неэгоцентрическое упражнение – это любое физическое упражнение, свободное от этого компонента самооценки. Во время неэгоцентрического упражнения истинной наградой является сам процесс его выполнения. Здесь нет места соображениям, касающимся победы или поражения. На самом деле, следует избегать соперничества с другими или с самим собой, если оно ведет к чрезмерной активности и (или) к возможному снижению самооценки. Бег трусцой, например, не оказывает оздоровительного действия, если бегун сердится из-за того, что он проиграл забег или просто бежал медленней обычного. Гольф не оказывает оздоровительного воздействия, если игрок в раздражении ломает свою клюшку о дерево из-за того, что последним ударом не загнал мяч в лунку. Когда упражнение переплетается с самооценкой, его оздоровительный характер становится сомнительным. Поэтому роль клинициста заключается в том, чтобы помочь пациенту научиться выполнять упражнения неэгоцентрически, при этом сам процесс тренировки приобретает большое общеукрепляющее значение. Когда эта стадия достигнута, можно с уверенностью предположить, что больной будет постоянно заниматься по

данной программе.

В своем обзоре по терапевтическому применению физических тренировок Lauman (1974) перечислила несколько видов физической активности, которые, как было показано, могут приводить к положительным изменениям в психике. Сюда входят бег трусцой, плавание, поднятие тяжестей, танец, отработка ударов на «груше».

Потребность в физических упражнениях: количественный аспект

Часто возникает вопрос: как много надо тренироваться, чтобы появился терапевтический эффект. Чтобы ответить на этот вопрос, нужно определить количественный аспект упражнений с позиций: а) интенсивности б) длительности и в) частоты. Пожалуй, наилучшим показателем для измерения интенсивности является частота сердечных сокращений. Обычно считается, что для достижения значительного долговременного тренировочного эффекта сердечно-сосудистой и легочной системы пациенту нужно выполнять упражнения с такой интенсивностью, при которой частота сердечных сокращений возрастает до 70–85% от максимальной. Эти числа представлены в табл. 2.

Таблица 2. Распределение максимальных величин частоты сердечных сокращений в зависимости от возраста

Возраст (г)	Максимум частоты	85% от максимума	80% от максимума	70% от максимума
25	200	170	160	140
30	194	165	155	136
35	188	160	150	132
40	182	155	145	128
45	176	150	141	124
50	171	145	136	119
55	165	140	132	115
60	159	135	127	111
65	153	130	122	107

[Приведено число ударов в минуту (уд/мин).]

Однако, очевидно, что даже такая низкая частота, как 100 уд/мин, может способствовать расслаблению мышц у многих людей.

Кроме максимальных показателей, для измерения интенсивности физических упражнений может быть использовано время восстановления частоты сердечных сокращений. Принято считать, что по окончании пятиминутной ходьбы частота сердечных сокращений после упражнения должна достигнуть 120-110 уд/мин. Необходимость 5–10-минутного периода «остывания» после упражнений, включающего ходьбу, потягивание и т. д., является решающим условием. Просто резкая остановка вызовет чрезмерную нагрузку на сердце. Если частота сердечных сокращений остается после периода «остывания» больше чем 120 уд/мин, то упражнение, вероятно, было слишком интенсивным (конечно, это зависит и от того, насколько быстро человек остывает).

Что касается длительности и частоты, то эти величины варьируют в разных источниках. Eliot (1979) рекомендует заниматься 15–30 мин 3–4 раза в неделю. Pollack (1973) обнаружил, что оптимальный режим для тренировок включает 3–4 еженедельных занятия продолжительностью 20–40 мин.

Предостережения при проведении физических тренировок

До сих пор обсуждались преимущества физических тренировок в плане лечения чрезмерного стресса. Важно, однако, понять, что при использовании любого вида физической активности, особенно в клинических условиях, необходимы определенные предосторожности.

В этом разделе наиболее четко надо отметить, что физические упражнения представляют собой мощный стрессор. Интенсивные тренировки оказывают стрессовое воздействие не только на легочно-сердечную, но и на скелетно-мышечную систему.

Физические упражнения способны вызвать более интенсивную стрессовую реакцию, чем любой психосоциальный стрессор, какой только можно себе представить. Хотя большинство из потенциально патогенных факторов

психофизиологического стрессового возбуждения может быть отреагировано в физическом усилии, реальный объем активизации при физических упражнениях может оказаться чрезмерным для легочно-сердечной системы. Известны случаи, когда больные умирали от сердечной недостаточности во время оздоровительных тренировок. Скелетно-мышечная система также уязвима в отношении напряжения, вызванного физическими упражнениями. Многочисленные нарушения суставов и связочного аппарата вызваны чрезмерными физическими тренировками. Для того чтобы избежать большинства подобных возможных проблем, очень рекомендуется на занятиях использовать соответствующее снаряжение.

Тренировки носят индивидуальный характер: что хорошо для одного, может быть плохо для других. Всегда хорошо «меть содержащее обоснованные рекомендации заключение лечащего врача о физиологической готовности пациента принять участие в тренировочной программе. Успех программы тренировок зависит от постоянства занятий. Следовательно, возникает проблема мотивации. Важно, подобрать для пациента комплекс, который не был бы для него чем-то неприятен. Ошибка, которую делают большинство пациентов, состоит в «перевыполнении» программы упражнений. Результатом этого обычно бывают кровоподтеки, травмы или мысли о том, что программа отнимает слишком много времени. Поэтому нужно вовлечь пациента в постоянные занятия физическими упражнениями. Подчеркивайте важность терпения и необходимость сделать программу тренировок частью своего образа жизни. Полезно найти себе единомышленников. Несколько недель после начала занятий и физиологические изменения наступают, однако психологические эффекты могут быть осознаны не сразу – здесь от пациента опять требуется терпение.

Наконец, особое внимание необходимо уделить выбору оптимальной нагрузки для больного. Dodson и Mullens (1969) обнаружили, что «легкие упражнения» увеличивают тревогу у психически больных, в то время как более длительные и интенсивные, в данном случае бег трусцой, снижали уровень

тревоги у больных.

Выводы

На протяжении изучения всего материала доказывалось, что стрессовая реакция представляет собой психофизиологический процесс, подготавливающий организм к физической активности. Когда такой активности не наступает, стрессовая реакция может приобрести патогенный характер. Эти факты показывают терапевтическую обоснованность клинического использования тренировок при лечении чрезмерного стресса.

Более конкретно терапевтический эффект тренировок можно рассматривать в трех аспектах: 1) во время упражнения компоненты стрессовой реакции используются конструктивным образом; 2) по-видимому, выполнение упражнений способствует (после их завершения) возникновению какой-то формы парасимпатической активности; 3) воздействуя на сердечно-сосудистую и легочную системы, физические тренировки развивают устойчивую резистентность к чрезмерному стрессу; точно так же возникают положительные сдвиги в психологическом статусе..

Таким образом, терапевтическая эффективность физических тренировок основана на том, что они представляют собой целебный способ активного отреагирования стресса.

Посттравматическое стрессовое расстройство

В настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и «горячих точек» в различных регионах планеты, мир буквально захлестывает эпидемия тяжких преступлений против личности. Эти ситуации характеризуются, прежде всего, сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), которое возникает как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной

угрозой жизни или здоровью. При достаточно высокой интенсивности стрессорного воздействия ПТСР может развиваться практически у каждого человека.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в России чаще называют "чеченским" или "афганским" синдромом. Это совершенно правильно, потому что происхождение расстройства абсолютно четко связано с тяжелым, запредельно тяжелым переживанием, которое выходит далеко за рамки обычного человеческого опыта. Войны, внезапные техногенные и природные катастрофы, грубое и угрожающее жизни насилие – вот ситуации, пережив которые, человек рискует заболеть ПТСР. ПТСР описано сравнительно недавно; это сделали американские психиатры, изучавшие ветеранов войны во Вьетнаме. К большому сожалению, частота этого расстройства в России должна быть очень большой – учитывая все беды и войны, которые следуют одна за другой вот уже много лет.

В связи с тем, что в современной социальной ситуации угроза психотравмирующих воздействий неуклонно возрастает, повышаются социальные требования к психической устойчивости индивида. Наиболее травмирующими психику факторами принято считать участие в военных действиях, ситуации физического и сексуального насилия, техногенные и природные катастрофы, тяжелые заболевания. Патологические изменения психики, возникающие под воздействием травматического опыта, могут приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое характеризуется развитием у пациента трех основных симптомов:

- 1) повторное переживание травмы (навязчивые образы, мысли, ощущения, ночные кошмары);

- 2) избегание стимулов, связанных с травмой (попытки избежать мыслей, ощущений, действий, связанных с травмой, частичная или полная амнезия важных аспектов травмы, эмоциональное онемение (numbing), отчужденность от окружающих);

3) устойчивые проявления повышенного возбуждения (нарушение сна, трудности концентрации внимания, раздражительность, сверхнастороженность, усиленные реакции испуга).

Однако развитие выраженной психопатологической реакции не является необходимым следствием травматического опыта: эпидемиологические исследования свидетельствуют, что лишь у части лиц, подвергшихся травматизации, возникает ПТСР; многие люди, пережившие травматогенное событие той или иной степени тяжести, демонстрируют в течение ограниченного периода времени стертую посттравматическую симптоматику и/или так называемые вторичные симптомы ПТСР – повышенную тревожность, депрессию, склонность к формированию зависимого поведения, психосоматические расстройства. Вероятность возникновения ПТСР детерминируется, с одной стороны, тяжестью травматического события (а также его неожиданностью, неконтролируемостью), с другой стороны – психологическими и психосоциальными характеристиками лиц, перенесших травматизацию (преморбидные черты, возраст, социальные условия жизни и т.п.).

Виды и формы травмирующих ситуаций

Виды травмирующих ситуаций, после которых мы можем ожидать феномена ПТСР в явной или в ослабленной форме, могут иметь как «объективный» характер, так и казаться сугубо интрапсихическими и индивидуальными.

На практике выделяют в методическом отношении в плане типа процесса травмирования травмы физического типа (ситуации, затрагивающие тело человека, и его физический мир), травмы нарциссического типа (зона отношений с другими людьми и формирования ЭГО), травмы касающиеся системы социальных отношений. По содержанию травмирующие ситуации могут быть эпизодами социального или физического насилия, эпизоды резкой смены жизненной ситуации, эпизоды стихийных бедствий, политических перемен и прочее.

Общий принцип понимания ситуации травмирования с точки зрения методологи гештальт-подхода – это ситуация «нарушения границ». Причем такого нарушения, которое не было скомпенсировано после прекращения действия внешнего стимула.

Наиболее понятны и чаще всего рассматриваются в медицинской практике ситуации внешнего воздействия на человека, в которой была затронута витальность. Примером таких ситуаций может быть пожар, стихийное бедствие, автомобильная катастрофа, террористический акт. В этих ситуациях нарушена «целостность физических границ». Последствиями мы можем ожидать неожиданно возникающие моменты паники, депрессивные проявления, феномен подавленной ярости и беспомощности.

Более сложны ситуации так называемой нарциссической травмы. Это травма затрагивает область самоидентичности. «я не могу доверять миру и быть свободным в нем в аспекте своей самоидентичности. Я не нужен миру!». Эти ситуации затрагивают внутреннюю целостность субъекта, ставят в символическом смысле под вопрос саму возможность его не физического, а душевного существования в мире. Безопасность нарушается в аспекте самоидентичности. Такая травма чаще всего относится к возрасту 3-7 лет, и ее содержание состоит в том, что близкий человек или окружающая среда транслируют что-то вроде: ты как идентичность не существуешь, нужна только твоя функция».

Если подобное послание делается в возрасте формирования социального представления о себе (ребенок понимает себя через другого через отражение в другом в диалоге. Послание, которое запечатлевается в душе ребенка, может быть обобщенно сформулировано так: «если меня не видят, следовательно, меня нет!»). Такие травмы описаны для одаренных детей. «я тебя люблю, потому что ты талантлив!». Последствия такой травмы, (как правило, это не событие, а это хроническая психотравмирующая ситуация), в том, что человек склонен к депрессиям, затрудняется устанавливать близкие отношения, имеет

тенденцию к созависимости. Такой человек часто жалуется на то, что «не хватает тепла от мира, что-то мир не дает важное, в чем я нуждаюсь, ощущение обиды, которая не имеет адреса, и раздражительная бесчувственность, трудность встречи с собственными чувствами, и отсутствие переносимости чужих чувств, отсутствие сострадания, которое может граничить с жестокостью.

Третий вид травмирования, который часто встречается в клинической практике, это травмы отношений. Иначе этот феномен можно назвать «травма пустого места». В системном смысле слова это выглядит как фрустрация ожиданий субъекта относительно целостности и комплементарности системы социальных отношений. С некоторой степенью свободы можно сравнить три вида травмирующих ситуаций и найти в них общие закономерности, проявляющиеся на системном уровне. Во всех трех случаях мы имеем дело с разрушением «доверия субъекта к системе». Перед нами как будто бы три различных системы и три разных формы доверия (заметим, что в реальной ситуации мы наблюдаем смешение нескольких форм, что не мешает, не препятствует им действовать каждой по своему собственному механизму).

В первом случае для субъекта такой системой является физическая целостность его собственного тела и (или) целостность физического мира. («нарушение доверия к физическому миру» в ситуации физической катастрофы и угрозы витальности).

Во втором случае для субъекта это динамическая характеристика целостности цикла активности. (ситуацию «нарушение доверия к своей собственной свободе активности» и свободе в интеракциях в ситуации, когда субъект не смог защитить себя, остановил свою ярость или эта ярость была недостаточно эффективна).

В третьем случае нарушена целостность картины социального мира, мира, параллельного миру физическому. Этот мир представлен как система ролевых отношений и связей в социальной группе. Нарушение происходит из-за того, что на месте ожидаемой или подразумеваемой реакции находится

"дырка, пропуск или реакции совсем из другой системы.

Рассматривая эту картину, мы можем представить какой ужас и одиночество должен пережить субъект, или как минимум растерянность, и «нарушение доверия к социальным отношениям», в ситуации, когда система «не выполняет каких-то действий, которые имплицитно приписываются ей правилами, в которых существует субъект. Иногда это выглядит как «травма нарушения ожидания помощи». «я не могу доверять системе отношений между людьми. У меня нет свободы в том, чтобы взаимодействовать с людьми и устанавливать с ними отношения. Я бесправен». «я чужой», «подкинутый ребенок!».

Примером фрустрации третьего типа может быть ситуация, в которой есть третий человек. Или в которой есть мысленный собеседник. Пример мысленного собеседника: девушка не решается защитить себя от агрессии другой девушки, так как «я не должна причинять ей боль, а если я начну защищаться, ей будет физически больно! ». Этот пример некорректно было бы свести к интроекту «не причиняй боли», скорее здесь задета ценность «сохранение физической целостности другого» и задето ожидание, что в коммуникационных ситуациях второй человек будет поддерживать эту ценность.

Такая "социальная травмированность" часто соседствует с физической травмированностью. Если событие происходит при явном или косвенном участии других лиц. Например, физическое насилие совершается в присутствии третьего лица, относительно которого жертва будет предполагать, что это лицо окажет ему помощь.

Некоторые известные педагогические системы создают предпосылки для травмы. Например, условия для травмы создает воспитание детей по доктору Споку. Можно выделить эти ситуации как частный случай ситуаций, в которых травмирование имеет место в области общих коммуникационных схем.

Последствия такого травмирания обширны. Человек опасается

требовать чего-то для себя или его требование носит слишком навязчиво инфантильный или агрессивный характер. Чувствует себя «инопланетянином, чужаком», отвергаемым. Он постоянно нуждается в подкреплении сообщениями о том, что он существует, причем эти сообщения он должен получать извне. Не в состоянии установить отношения по собственной инициативе.

Помощь в таких ситуациях – восстановление картины социальных объектов на момент травмирования, и восстановление векторов социальной коммуникации.

Травма отношений похожа на нарциссическую травму, иногда их относят к общему типу. Похожесть определяется тем, что факт травмирования имеет место именно из-за действия (или чаще не-действия) других людей. Ярость и активность субъекта не могут быть инструментом для разрешения композиции в сторону свободы манипулирования. Нужно вмешательство третьего лица, который бы изменил поведение окружающих. Например, что третья фигура может быть не человек, а «идеальный объект».

Травма физическая

Катастрофы, автомобильные инциденты, физические катастрофы, иногда медицинские процедуры, стихийные действия. Это "системная поломка", в отличие от поражения, которое имеет место при насилии, как метафорически назвал один участник. Эмоций в тот момент не помню. Картина мира в момент получения травмы изменилась. Разрушилась старая, " а теперь рука болит, и это как-то влияет на голову".

Стратегическая цель восстановить свободу манипулирования в микроэпизоде, который находят в пределах травматического эпизода.

Пример травмы нарушения ритуала

Мама до 4 ,5 лет соблюдала ритуал: целовала сына на ночь. Этот ритуал был придуман ею в период, когда она развелась с отцом мальчика и переносила часть нежности с мужчины на сына. В один прекрасный день она решила (по совету своей подруги), что такое нежное обращение с сыном

слишком сексуально, к тому же, в это время у нее появился новый мужчина, будущий отчим мальчика. Поэтому она без предупреждения сообщила сыну, что сегодня и впредь поцелуев не будет, и ушла, оставив сына в недоумении и растерянности. Мы не будем обсуждать очевидную вещь о значении ритуалов и прогнозируемости ситуации в жизни ребенка. Этот эпизод трактовался клиентом с разных сторон, в основном, как признак «моей собственной испорченности». Детская ситуация стала своеобразной опорной метафорой для дальнейшей жизни. Такой рисунок отношений который сложился в эпизоде, оказался удивительно похож по ассоциации на многие жизненные ситуации. Опасаясь отвергнутости, клиент оставался слишком назойлив в общении. И в то же время проявлял неуклюжесть и дезориентированность при попытке определить мотивы и цели второго человека или группы.

Травма изменения окружения

Для ребенка дошкольного возраста существенно сохранение окружающей среды, как поддерживающего котиниума. Изменение окружения становится источником фрустрации, требует затраты душевных сил на адаптацию, и дает повод для травмы. Например, эпизоды отделения от родителей и помещения в больницу, передача ребенка новому ухаживающему лицу и так далее. В сущности, любое изменение ситуации окружения в детстве является источником стресса и может стать поводом для травмы.

Обратим внимание на то, что в данной ситуации мы разделяем явление фрустрации и стресса и явление травмы как события, давшего основание для ПТСР. Хроническая фрустрация становится поводом и базисом для устойчивых характерологических паттернов, может оказать серьезное и долгосрочное влияние на формирование патологических черт характера, но при этом не всегда становится поводом и основанием для феномена, рассматриваемого в данном тексте (о патологии характера, его источниках и терапии характеров см аналитическую литературу, в том числе Джонсон, "психотерапия характера"),

Правда, в ситуации госпитализации не всякое событие может стать

источником травмирования. Поэтому надо разбирать такие ситуации детально. В два с половиной года девочку поместили в больницу. Пример из опыта консультанта. Девочку 4 лет надо было поместить в больницу. Девочка сопротивлялась, когда ее уводили из дома, плакала и просила маму: "Не надо меня в больницу!" эта сценка осталась в памяти родственников. Мама обманула девочку: сказала ей, что сейчас вернется, а сама ушла домой. Сильный стресс, пережитый ребенком, был основанием для развития ПТСР. Терапевтическая работа была проведена в 25 летнем возрасте, и чувства, которые вспомнились при обсуждении ситуации, были вполне свежими.

При обсуждении важным пунктом была идея о том, что в ситуации реально имел место конфликт интересов девочки ("хочу быть с мамой") и мамы ("надо оставить ребенка в больнице"). Травмирующим, по сути композиции отношений, был не столько сам факт оставления в больнице. Это был сильный стресс, который потом сменился адаптацией. Травмирование было результатом фрустрации в коммуникации.

Это кажется удивительным для здравого смысла, но многолетнее напряжение создала именно особенность коммуникации. Мама избежала неприятных чувств в эпизоде, когда ей надо было сказать девочке: "ты остаешься здесь, и в больнице будешь находиться некоторое время. А я буду тебя любить на расстоянии!" Такое сообщение (или что-то в этом роде) создали бы основу душевного спокойствия девочки. Конечно, девочка скорее всего бы вцепилась в маму с криком "мамочка, возьми меня с собой!". Женщине надо было бы найти душевные силы и встретиться с этой силой чувства ребенка, и дать послание о стабильности. Возможно, ей самой в этот момент не хватило поддержки.

В результате она избежала прямой конфронтации и создала в композиции отношений разрушающий эпизод "предательства". Не страдания от пребывания в больнице, а эпизод "предательства и разрушения картины мира" создал эпизод травмирования. Нарушение со стороны мамы в композиции

было достаточно ясным: мама сказала девочке – пойд и принеси мне игрушку, а когда девочка вернулась, мамы не было, не дождалась. В чем же тут дело? А в том, что маленькая девочка оторвалась от мамы в физическом пространстве, выполняя приказ (просьбу), тем самым прояви сознательную регуляцию, лояльность системе отношений. Сошлемся на высказывание авторитета. По наблюдению Джонсона ("Психотерапия характера"), отделение как событие дает основание для невроза. Утраты в детстве дают основания для психоза.

Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме

Современные психодинамические и когнитивистские взгляды на психическую травму

В современном психоаналитическом сообществе понятие травмы операционализируется посредством следующих категорий (Sandler, 1991):

(1) наличие внешнего события, субъективно переживаемого индивидом как травматическое;

(2) психопатологические последствия травматического события, возникающие немедленно, а также отсроченные, включающие ограничения функционирования Эго, нарушения объектных отношений, психосоматические расстройства, аффективные нарушения и т.п.;

(3) усиление подверженности будущей травматизации вследствие пережитого травматического события;

(4) травма как причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтической техники. Наше исследование сосредоточено, прежде всего, на первых двух аспектах понятия травмы.

Как известно, Фрейдом была предложена "энергетическая" концепция психической травмы, трактуемой как воздействие чрезмерной силы стимула, пробивающего стимульный барьер. В настоящее время "энергетическое" понимание травмы все чаще заменяется на "информационное"; понятие "информация" обозначает как когнитивные, так и эмоциональные

переживания и элементы восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу (M.Horowitz, 1986; R.Lazarus, 1966). Данный подход предполагает, что информационная перегрузка подвергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока информация не пройдет соответствующую переработку. При этом информация, подверженная влиянию психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки); эмоции, которым в постстрессовом состоянии принадлежит важная роль, являются по существу реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

Вследствие травматического опыта у индивида актуализируется конфликт между старым и новым образами "Я", который порождает сильные негативные эмоции; чтобы избавиться от них, человек пытается перестать думать о травме и ее реальных и возможных последствиях, в результате чего травматические восприятия оказываются недостаточно переработанными. Тем не менее, вся информация сохраняется в памяти, причем в достаточно активном состоянии, вызывая непроизвольные воспоминания; однако как только переработка этой информации будет завершена, представления о травматическом событии стираются из активной памяти (M.Horowitz, 1986; M.Horowitz, S.Becker, 1972).

В концепции психической травмы Р. Яноф-Бульман, принадлежащей также к семейству когнитивистских, предполагается, что основой внутреннего мира человека являются базисные убеждения относительно сущности внешнего мира. Согласно данной теории, большинство людей конструируют собственный опыт через призму внутренних убеждений

- (а) о доброжелательности окружающего мира;
- (б) о его справедливости и
- (в) о ценности и значимости собственного Я.

Результаты исследований показали, что базисные убеждения значимо различаются по выборкам респондентов "с травмой" и "без травмы" в

анамнезе, причем травмирующие события по-разному влияют на различные убеждения.

Становление базисных убеждений происходит в раннем детстве через взаимодействие со значимым взрослым. Первые впечатления ребенка о мире и о себе складываются еще на довербальном уровне. Опираясь на теорию объектных отношений, Яноф-Бульман утверждает, что наиболее важным моментом в становлении базисных убеждений является реакция взрослого на крик ребенка. Уже в возрасте около семи месяцев ребенок начинает структурировать собственный опыт, создавая глубинные убеждения о доброжелательности, справедливости окружающего мира, а также о собственном Я, как достойном любви и заботы.

Базисные убеждения обеспечивают ребенка чувством защищенности и доверия к миру, а в дальнейшем – ощущением собственной неуязвимости. Имплиcitная концепция большинства взрослых здоровых людей приблизительно такова: "В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми людьми, которые делают что-то не так. Я хороший человек, следовательно, я могу чувствовать себя защищенным от бед. Ничего плохого со мной не может случиться". Речь идет о так называемых позитивных иллюзиях (иллюзия неуязвимости, иллюзия контроля, нереалистичский оптимизм), выявленных в исследованиях Тэйлора (Taylor, 1983), который показал, что хорошо адаптированным людям свойственно переоценивать вероятность возникновения положительных ситуаций в жизни и недооценивать вероятность отрицательных. Данное утверждение легко подтверждается тем, что очень часто из уст жертв психических травм можно услышать признание: "Я никогда не мог подумать, что это может случиться со мной".

Базисные убеждения, касающиеся позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между Я и окружающим миром, наиболее сильно подвергаются влиянию психической травмы. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порожаемым

окружающим миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью. Здесь Яноф-Бульман проводит аналогию с теорией Т.Куна о структуре научных революций. Подобно тому, как главенствующая на данный момент в науке теория находит множественные подтверждения эмпирическими данными, базисные убеждения, существующие у индивида в относительно благоприятной жизненной ситуации, подкрепляются реальными событиями. В определенный момент в науке происходит революция (смена парадигмы), – в этот период вдруг начинают появляться факты, не укладывающиеся в рамки существующей теории, – происходит "взрыв", старая теория рушится и на ее месте возникает новая. По сходной схеме происходит разрушение базисных убеждений: существовавшая ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзией, повергающей личность в состояние дезинтеграции (Janoff-Bulman, 1998).

В случае успешного совладания с травмой базисные убеждения качественно отличаются от "дотравматических". Их восстановление происходит не полностью, а только до определенного уровня, на котором человек свободен от иллюзии неуязвимости. Картина мира индивида, пережившего психическую травму и успешно совладавшего с ней, примерно такова: "Мир доброжелателен и справедлив ко мне. Я обладаю правом выбора. Но так бывает *не всегда*". Индивид начинает воспринимать действительность в форме, максимально приближенной к реальной, по-новому оценивая собственную жизнь и окружающий мир.

Концепция Яноф-Бульман, опираясь прежде всего на когнитивные структуры психики, решающую роль в формировании этих структур приписывает взаимодействию ребенка со взрослым в первые годы и месяцы жизни. Фундаментальное для нее понятие "базисные убеждения", введенное А.Беком (Beck, 1979), во многом совпадает с понятием "генерализованные репрезентации о взаимодействии" Д.Стерна (Stern, 1985), а также с термином "схема Я-Другой" М.Хоровица (Horowitz, 1991) и с понятием "внутренняя рабочая модель" Дж.Боулби (Bowlby, 1969, 1973, 1979). Тем самым в

концепции психической травмы Яноф-Бульман определенным образом смыкаются когнитивистские и современные психодинамические представления о ключевых детерминантах психического развития. У истоков же современных психоаналитических работ, раскрывающих центральное значение межличностного взаимодействия в психическом развитии, стоял Дж. Боулби.

Теория привязанности: межличностные факторы стрессоустойчивости и защитные процессы

Джон Боулби, английский психиатр и психоаналитик, сформулировал свою теорию привязанности в 1960-е гг. (Bowlby, 1969, 1973). В отличие от традиционного психоаналитического подхода, предполагающего приоритетную роль сознательных и бессознательных фантазий в протекании психической жизни ребенка, Боулби сосредоточил свое внимание на переживании детьми таких реальных событий, как сепарация и утрата близких. В настоящее время широко распространенным является представление о мотивационном аспекте привязанности как необходимом условии возникновения социальных отношений.

Теория привязанности считает потребность в близких эмоциональных отношениях специфически человеческой, подчеркивая центральную роль отношений в развитии личности от начала до конца (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980). Эта потребность присутствует уже у новорожденного и сохраняется до конца жизни, составляя один из базовых элементов человеческого выживания. В младенчестве и детстве привязанность ребенка к родителям является залогом получения заботы и крова; соответственно задача родителей – обеспечивать эту заботу своему ребенку.

Отношения привязанности, согласно Боулби, регулируются поведенческой мотивационной системой, которая развивается в младенчестве и объединяет человека с другими приматами. Эта система отслеживает пространственную близость и психологическую доступность "более сильного и мудрого" человека – объекта привязанности и регулирует поведение

привязанности по отношению к этому объекту. Пока индивид чувствует себя комфортно и объект привязанности обеспечивает ему надежную основу, индивид в состоянии развивать исследовательское поведение, или игру, или другие виды социальной активности. Когда индивид испуган, его исследовательские цели заменяются поиском спасения и уверенности у объекта привязанности, особенно если индивид – это маленький ребенок. Таким образом, привязанность становится наиболее заметной в условиях воспринимаемой угрозы. Поиск защиты у объекта привязанности должен обеспечивать потомству большую вероятность выживания.

"Теперь уже ясно, что не только маленькие дети, но и люди всех возрастов бывают наиболее счастливы и могут максимально развернуть свои таланты, когда они уверены, что позади них есть кто-то, кому они доверяют и кто непременно придет на помощь, если возникнут какие-то трудности. Тот, кому доверяют, обеспечивает безопасный тыл, на основе которого человек может действовать" (Bowlby, 1973, p.359).

То, каким образом привязанность может выполнять свою защитную функцию, зависит от качества взаимодействия между индивидом и его объектом привязанности. За пределами периода младенчества отношения привязанности начинают управляться ментальными рабочими моделями, которые ребенок конструирует из своего опыта общения с главнейшими фигурами своего окружения в середине первого года жизни¹⁾, используя свое поведение привязанности и реакции значимого другого. Эти "внутренние рабочие модели" (Bowlby, 1969, 1973, 1976) выступают как "операбельные" модели своего "я" и партнера на основе общей истории отношений. Они служат для регуляции, интерпретации и предсказания поведения, мыслей и чувств значимого другого и самого индивида. При условии надлежащего пересмотра в соответствии с изменениями окружения и собственного развития рабочие модели позволяют осуществлять рефлексии и общение по поводу прошлых и будущих ситуаций и отношений привязанности, таким образом облегчая формирование общих планов регуляции близости и

разрешения конфликтов в отношениях. Индивид, который может рассчитывать на откликаемость, поддержку и защиту со стороны своего объекта привязанности, способен свободно отдавать свое внимание другим заботам, таким как исследовательская деятельность и/или взаимодействие с другими.

Неотъемлемым атрибутом внутренней рабочей модели является ее пространственно-временная структура причинно-следственных отношений между событиями, действиями, объектами, целями и репрезентациями. Таким образом, внутренняя модель описывает отношения между различными аспектами действительности.

"В рабочей модели мира, сформированной индивидом, ключевым моментом являются его представления о том, кто выступает в качестве объектов привязанности, где их можно найти и каких реакций от них можно ожидать. Аналогично в рабочей модели своего "я", выстраиваемой индивидом, ключевым моментом является его представление о том, насколько приемлем или неприемлем он сам в глазах его объектов привязанности. На основе структуры этих комплиментарных моделей возникают прогнозы, которые делает индивид относительно того, насколько доступны и отзывчивы будут его объекты привязанности, если он обратится к ним за поддержкой. И с точки зрения теперь уже продвинутой теории от структуры этих моделей зависит также, будет ли он уверен, что его объекты привязанности в общем доступны для него или же он будет более или менее опасаться, что они окажутся недоступны – случайно, скорее всего, или же большую часть времени" (Bowlby, 1973, с. 203).

Термин "надежность" в рамках теории привязанности описывает уверенность индивида любого возраста – младенца, ребенка, взрослого – в том, что защищающая и поддерживающая фигура будет доступна и достигаема. При этом Боулби утверждал, что чувство надежности у ребенка нарушается, если рабочие модели как самого ребенка, так и его родителей не

приводятся в соответствие с его физическим, социальным и когнитивным развитием.

Несмотря на требование изменчивости, предъявляемое к рабочей модели, она не подвергается непрерывному изменению, более того, в нее изначально, в ходе процесса ассимиляции (по Пиаже) "встроено" определенное сопротивление изменениям. Представления, сложившиеся на основе предшествующих взаимодействий, регулируют восприятие вновь поступающего опыта. Благодаря этому случайные промахи матери в осуществлении сензитивного поведения по отношению к потребностям ребенка не подрывают его доверия к ее эмоциональной доступности и откликаемости. С другой стороны, способы восприятия и осмысления отношений постепенно становятся автоматизированными и недоступными непосредственному осознанию; при этом наблюдается "выигрыш" в скорости реагирования с одновременным снижением гибкости и, соответственно, эффективности приспособления. Наконец, оба партнера по взаимодействию имеют тенденцию взаимно приспосабливаться к паттернам друг друга, так что когда один из них демонстрирует некие изменения, второй, по крайней мере, сначала склонен игнорировать или отвергать эти изменения. Это продолжается до тех пор, пока один из партнеров не приходит к заключению, что старая модель больше не срабатывает.

Рабочая модель может оставаться эмоционально стабильной, однако ребенок, располагающий на протяжении какого-то периода времени моделью надежной привязанности, может демонстрировать и другие паттерны поведения привязанности. Аффективные изменения в его рабочей модели могут происходить, например, в результате того, что изначально поддерживающий и эмпатичный родитель оказывается в состоянии стресса или депрессии в результате каких-либо резких изменений в его жизни (например, потери работы). И наоборот, если условия жизни родителя улучшаются, так что родитель может более сензитивно откликаться на потребности ребенка, ребенок может пересмотреть свою модель

привязанности. В действительности индивид чаще всего располагает не одним, а несколькими паттернами поведения привязанности, актуализирующимися под влиянием различных внешних и внутренних обстоятельств.

Рабочая модель называется рабочей, поскольку она является основой, на которой разворачивается поведение привязанности, и потому, что она в принципе поддается пересмотру и изменению. Боулби предпочел эту метафору другим схожим терминам – "карта" или "образ", так как слова "рабочая" и "модель" предполагают возможность осуществления индивидом операций с ментальными репрезентациями с целью формирования прогнозов. Модель привязанности содержит стабильные постулаты относительно роли родителей и ребенка (т. е. обоих партнеров) во взаимодействии. Боулби (1973) и Мэйн (1990, 1991) полагают, что в условиях стресса и противоречивой информации необходима специальная стратегия переработки этой информации. Такая стратегия должна обеспечивать психологическую защиту в рамках рабочей модели индивида. Она может включать избегание значимого другого в ситуации стресса, колебание между двумя противоположными позициями (например, "ребенок хороший, родитель плохой" и "ребенок плохой, родитель хороший"), принятие позиции родителя при отрицании собственных переживаний и т.п. (Боулби, 1973).

Защитные процессы играют большую роль в формировании рабочей модели. Боулби переформулировал традиционную психодинамическую концепцию защитных механизмов в терминах информационных процессов и когнитивной психологии: защитное селективное отвержение информации направлено на отсев тех восприятий, чувств и мыслей, которые могли бы вызвать невыносимую тревогу и психологическое страдание. Таким образом, защиты выполняют адаптивную функцию в данный момент времени, однако в перспективе они препятствуют адекватному изменению рабочей модели в соответствии с изменившимися обстоятельствами. Степень, в которой информация исключается из сознания, может варьировать. Исследования

процедуральной ("я знаю, как..."), семантической ("я знаю, что ...") и эпизодической ("я помню, когда...") систем памяти (Tulving, 1972) позволили Боулби предположить, что защитное исключение информации из сознания может облегчаться помещением противоречивой информации в различные системы памяти. Пациенты часто дают очень хвалебные описания вызывающих восхищение качеств своих родителей (семантическая память), которые противоречат следующим за ними сообщениями о реальном поведении родителей (эпизодическая память).

Боулби считал, что дети особенно склонны к защитному исключению информации в двух ситуациях:

1) когда поведение привязанности ребенка активировано, но не встречает удовлетворения со стороны объектов привязанности (родителей), а наказывается или высмеивается ими;

2) когда ребенок узнает что-то про родителей, чего родители не хотят, чтоб он знал и могут наказать его, если он будет считать это правдой. Например, если один из родителей совершил суицид или суицидальную попытку, и ребенка стремятся держать в неведении относительно этого факта, несмотря на то, что ему что-то известно; в таком случае ребенку не остается ничего другого, кроме как отрицать свой собственный опыт, присоединяясь к семейному "мифу", который ему навязывают взрослые.

В результате подобной защиты ребенок может оказываться в ситуации, когда ему надо иметь дело с двумя несовместимыми рабочими моделями себя и значимого другого: сознательно принимаемой, основанной на ложной информации, и недоступной сознанию, но отражающей реальный опыт ребенка. В некоторых случаях ребенок может исключить из сознания только собственно персону значимого другого, по отношению к которому он испытывает враждебные чувства, и заменить его менее значимым человеком из своего окружения, осуществляя тем самым так называемое "смещение аффекта". Или же перенаправить гнев на самого себя – такая защитная операция характерна для депрессивного склада характера.

Систематическое описание переживаний привязанности в детстве позволяет сконструировать теорию привязанности, охватывающую весь жизненный цикл человека (Ainsworth, Bowlby 1991). Поскольку ранние привязанности, по-видимому, влияют на формирование отношений во взрослом возрасте, возрастает интерес к представлениям взрослых о своих привязанностях. Таким образом, теория привязанности и концепция "внутренней рабочей модели" Боулби, обладая незаурядной эвристической ценностью, продолжают стимулировать и питать исследовательский интерес к постижению закономерностей функционирования мира ментальных репрезентаций взрослого человека. Большинство исследований взрослой привязанности основываются на предположении, что существует параллель между индивидуальными различиями паттернов и репрезентаций привязанности у взрослых и детей. Боулби предполагал, что паттерны привязанности у взрослых могут меняться под влиянием новых отношений и развития новых мыслительных операций (формальных). В целом все исследователи сходятся в том, что система репрезентаций и паттернов привязанности взрослых, будучи глубоко индивидуализированной, базируется на трех источниках: ранние взаимоотношения с родителями, отношения (в первую очередь, романтические) со сверстниками в подростковом возрасте, актуальные отношения привязанности во взрослом состоянии.

Методы исследования привязанности у взрослых

Теория привязанности Дж.Боулби послужила источником многочисленных исследований, направленных на выяснение природы отношений привязанности, их формирования в детском возрасте, развития и функционирования на протяжении всего жизненного цикла человека (обзор см. Solomon J., George C., 1999; Crowell J.A., Fraley R.C., Shaver Ph.R., 1999; Hesse E., 1999). Начало этим исследованиям было положено работами М.Эйнсворт, сотрудницы Дж.Боулби (на русском яз. об этом см. работу Е.О. Смирновой, 1995). В результате ее исследований были выявлены следующие типы привязанности детей к матерям (Ainsworth et al., 1978): избегающий,

надежный, амбиалентный, дезорганизованный. Валидность и устойчивость этой классификации были подтверждены на популяциях США и Западной Европы. Были разработаны методы, позволяющие изучать поведение привязанности более старших детей, проведены разнообразные лонгитюдные исследования и т.п. (Solomon, George, 1999).

Принципиально новый шаг в исследовании привязанности представляют собой работы М.Мейн и ее сотрудников, связывающие поведенческие стратегии детей с ментальными репрезентациями их родителей (Main et al., 1985; Main et al. 1995). В начале 1980-х гг. Мэйн предложила использовать нарратив для оценки привязанности, исходя из того, что "ментальные процессы различаются столь же очевидно, как и поведенческие" и что те и другие отражаются в языке (Main et al., 1985). М.Мэйн с сотрудниками разработала полуструктурированное интервью для взрослых людей, содержащее вопросы, касающиеся их детского опыта привязанности к значимым другим и того значения, которое они в настоящее время приписывают этому детскому опыту. В основу этого метода легли следующие идеи, почерпнутые из теории привязанности Боулби, о том, что: (а) рабочие модели привязанности функционируют, по крайней мере, частично, неосознанно;

(б) рабочие модели базируются на реальном опыте взаимодействия ребенка;

(в) рабочая модель начинается формироваться уже на первом году жизни ребенка;

(г) представления ребенка о привязанности детерминируют его поведение и аффективную оценку опыта;

(д) мышление на уровне формальных операций позволяет индивиду наблюдать и оценивать данную систему отношений и, следовательно, модель может быть изменена при неизменности реального опыта.

В соответствии с описанными выше положениями было разработано полуструктурированное "Интервью о привязанностях для взрослых" (Adult

Attachment Interview, AAI), в котором респонденту задавали общие вопросы о том, как он себе представляет свои отношения с родителями (или замещающими их людьми) в детстве; просили вспомнить повседневные эпизоды взаимоотношений с родителями, в которых, как ожидалось, должна быть активирована потребность в привязанности (ситуации разлуки, болезни и т.п.); предлагали рассказать о переживаниях, связанных с утратой кого-либо из близких; и, наконец, просили описать то значение, которое поведение родителей имело для развития личности респондента. Интервью записывалось на аудио- или видеокассеты и транскрибировалось. Получаемый материал подвергался дискурс-анализу в соответствии с определенными правилами.

В 1985 г. вышла в свет работа Мэйн, Каплан и Кэссиди (Main, Kaplan, Cassidy, 1985), в которой сообщалось, что классификация представлений о привязанности родителей на основе оценки AAI значимо коррелирует с типами поведения их детей в "ситуации чужого", полученными при обследовании пятью годами раньше. Спустя 18 месяцев было проведено новое исследование тех же детей и родителей, которое дало те же результаты. Само интервью было при этом проверено с точки зрения его психометрических свойств. Система оценки на протяжении последующих 15 лет претерпела некоторые изменения и была усовершенствована, руководство до сих пор не опубликовано, обучение экспертов возможно лишь в непосредственном контакте с создателями метода.

Общие же принципы анализа вербальных транскриптов по М.Мэйн таковы: эксперты пользуются несколькими системами оценки: оценка родительского поведения со слов респондента, оценка ментальных репрезентаций респондента, а также оценка когерентности дискурса. Для оценки родительского поведения, отдельно отца и матери, используются следующие категории: любящее, отвергающее, пренебрегающее, вовлеченное, доминантное. Для оценки ментальных репрезентаций – категории идеализация, настойчивое отсутствие воспоминаний, активный гнев, умаление достоинств, страх утраты, метакогнитивный мониторинг и

пассивность речи. Оценка когерентности дискурса основывается на правилах Грайса (1975). Высокая когерентность отмечается в тех случаях, когда нарратив характеризуется:

(а) наличием *хорошего качества* (правдоподобностью, непротиворечивостью, логичностью);

б) определенным *количеством* (нарратив достаточно развернут, но не чрезмерен, содержащаяся в нем информация позволяет эксперту понять изложенное);

(в) *релевантностью* (нарратив содержит ответ на заданный вопрос;

(г) *определенной манерой изложения* (респондент использует свежий, ясный язык, а не жаргон и "штампы").

На основе экспертных оценок респондентов относят к одному из основных типов репрезентаций привязанности: "автономному" (надежному) или ненадежным – "дистанцированному" или "тревожному". Эти три категории корреспондируют с тремя типами привязанности у детей, выявленными М.Эйнсворт ("надежный", "избегающий" или "амбивалентный"). Те респонденты, которые были классифицированы на основе ААІ как "автономные", характеризуются сбалансированным представлением о своих ранних отношениях, ценят привязанность и придают большое значение отношениям привязанности в формировании их личности. В ходе интервью они ведут себя достаточно открыто и прямо, независимо от того, насколько тяжело им обсуждать тот или иной материал. В интервью излагаются когерентные, правдоподобные сообщения о поведении родителей респондентов. Хотя их сообщения о детстве не обязательно включают нарративы только о любящем поведении родителей, в целом оно воспринимается как любящее и подтверждается конкретными воспоминаниями

Два ненадежных паттерна репрезентаций привязанности коррелируют с некогерентным способом изложения: оценка, которую дают респонденты своим отношениям с родителями, не соответствует тем конкретным эпизодам,

которые они сообщают. Отсутствуют или почти отсутствуют подтверждения того, что родители выполняли функцию "надежной гавани"; в дискурсе заметны проявления ограниченной готовности к исследованию и ощущается определенная ригидность респондентов. "Дистанцированные" респонденты демонстрируют дискомфорт в связи с темой интервью, отрицают влияние ранних отношений на свое развитие, испытывают значительные сложности в припоминании конкретных ситуаций и часто идеализируют свой детский опыт. "Тревожные" респонденты демонстрируют спутанность или существенные колебания в отношении раннего опыта, описания взаимоотношений с родителями отмечены пассивностью или агрессией, родители предстают как не любящие, но интенсивно вовлеченные в отношения вплоть до обращения ролей, когда ребенок был вынужден отдавать предпочтение потребностям родителей в ущерб своим собственным. Изложение детских воспоминаний у таких респондентов часто перемежается с сообщениями о событиях недавнего прошлого, об актуальных отношениях с родителями, наполненными, как правило, агрессией и обидами.

Четвертый тип репрезентаций – дезорганизованный, – выявленный М.Мейн, связан с неспособностью респондентов в ходе интервью адекватно обсуждать смерть и утрату близких людей: например, они могут серьезно высказывать убеждение, что умерший продолжает жить, или что его убили детские фантазии респондента. В обсуждении остальных тем такие респонденты демонстрируют второй или третий тип репрезентаций привязанности.

Оценка ААI в соответствии с разработанными М.Мейн и Р.Голдвин критериями требует специально обученных высококвалифицированных экспертов. В настоящее время, однако, разработаны и другие способы экспертной оценки интервью о репрезентациях привязанности, которые также базируются на принципах дискурс-анализа, но не предъявляют столь высоких требований к обучению экспертов. Один из таких методов – "*Метод прототипов*" – предложен П.Пилконисом (Pilkonis, 1988). "Метод

прототипов" был использован в нашем исследовании для оценки материалов, полученных методом ААІ [1, 3]. Это единственное в отечественной психологии исследование типов привязанности с помощью ААІ³⁾.

"Метод прототипов" состоит из интервью об отношениях – клинического интервью для сбора данных, и экспертной оценки, которая разделяется на две части: (а) указания на стратегию привязанности и (б) оценка прототипов привязанности.

Собранная в ходе интервью информация должна позволить квалифицировать тип репрезентаций привязанности респондента посредством оценки прототипов. В интервью должно быть получено прототипическое самоописание респондента, которое охватывает поведенческие проявления привязанности к различным людям в конденсированной форме и содержит важнейшие аспекты, относящиеся к прошлому и настоящему, а именно: чувства и установки по отношению другим и самому себе; потребность в близости, страх близости; уважение со стороны других и значение других людей; представления о том, как другие воспринимают респондента; желанный характер отношений с другими; значение зависимости и независимости; мера "вовлеченности" и готовность демонстрировать другим свои потребности; доверие или недоверие по отношению к другим; чувства и поведение в ситуации разлуки; способность отграничивать себя от других; общее значение дружбы и отношений и готовность брать на себя обязанности по отношению к другим; описание значимых других.

Записанное на магнитофон интервью оценивается независимыми обученными экспертами. Эксперты ориентируются сначала на глобальные характеристики четырех типов репрезентаций привязанности (автономная, тревожная, дистанцированная, смешанная) ⁴⁾, чтобы затем на следующем этапе проверить, в какой мере респондент демонстрирует признаки семи специфических прототипических стилей привязанности. Выделяется всего 7 прототипов привязанности:

Надежный

Прототип 1 автономный

Ненадежно-тревожный

Прототип 2 чрезмерно зависимый

Прототип 3 устанавливающий нестабильные отношения

Прототип 4 обсессивно заботливый

Ненадежно-дистанцированный

Прототип 5 обсессивно самодостаточный

Прототип 6 чрезмерно стремящийся к автономии

Прототип 7 эмоционально непривязанный

После прослушивания записи интервью эксперт должен сначала убедиться, имеются ли общие указания на присутствие критериев надежной и/или ненадежной привязанности, и затем осуществить предварительное отнесение респондента к одной из категорий (шаг первый). Для этого используются базовые положения, которые являются общепринятыми в исследованиях взрослой привязанности. (напр., Das "Adult Attachment Interview" Gloger-Tippelt & Hoffmann, 1997). В ААИ по Мейн и Голдвин (Main, Goldwin, 1985) систематически контент-аналитически исследуются критерии когерентности в изложении личного опыта привязанности. Затем (шаг второй) эксперт должен проверить, какие признаки специфических стратегий привязанности имеются в наличии, и ответить на вопросы предлагаемого опросника, составленного по прототипам привязанности.

Решающим при оценке является то значение, которое респондент приписывает своим переживаниям привязанности. С точки зрения теории привязанности это проявляется также в изложении ситуаций, релевантных переживаниям привязанности, на протяжении всей личной истории. Здесь учитываются также то, каким образом переживаются разлуки со значимыми другими, а также утрата и смерть близких. Далее важно, какие события и в какой форме вспоминаются, и в какой мере находятся конкретные

подтверждения тем или иным оценкам прошлого опыта. Адекватная регуляция аффекта играет при этом столь же важную роль, как и оценка релевантности собственного детского опыта всей последующей жизни. Его значение может быть преувеличено, откуда можно заключить, что данный субъект застрял в своих детских переживаниях. Прямой противоположностью этому были бы холодность и эмоциональная сдержанность, которые указывают на общее обесценивание переживаний привязанности. Обе описанные формы оценки свидетельствуют о надежной стратегии привязанности.

Модель влияния типа привязанности индивида на устойчивость к психотравмирующим воздействиям

Возвращаясь к концепции психической травмы Яноф-Бульман, можно предположить, что в результате травматизации человека его рабочие модели мира и самого себя (базисные убеждения), обеспечивавшие ему поддержание душевного равновесия, оказываются – частично или полностью – нарушены. Индивид в ходе переживания травмирующего события сталкивается с тем фактом, что объекты привязанности становятся недоступны или их реакции оказываются не совпадающими с его прогнозом. Его собственная беспомощность и незащищенность также не согласуются с имеющимися в наличии саморепрезентациями относительно своей дееспособности и безопасности. Результатом конфронтации с ситуацией, противоречащей актуальной рабочей модели индивида, может стать либо неотложный пересмотр этой рабочей модели, обеспечивающий гибкое приспособление к изменившимся обстоятельствам, либо ригидное следование исходной модели, влекущее за собой дезадаптивное поведение, либо, наконец, разрушение исходной модели при отсутствии какой-либо адекватной ее замены, что ведет к дезорганизованному, хаотичному поведению индивида.

Учитывая тот факт, что всякий индивид располагает неким репертуаром внутренних моделей, можно предположить, что непосредственно в психотравмирующей ситуации вместо экстренного пересмотра и

реорганизации модели имеет место скорее обращение к готовым паттернам поведения, соответствующим более примитивным или, точнее, более ранним рабочим моделям. Альтернативное предположение: в момент переживания травмы индивид опробует все доступные ему внутренние модели и способы внешнего поведения, что может производить впечатление хаотичного и дезорганизованного образа действий, в то время как по сути является поиском наиболее адекватного средства совладания с ситуацией.

Однако независимо от того, какой именно способ совладания использовался индивидом в момент переживания травмы, его представления о себе и об окружающем мире после окончания психотравмирующего воздействия нуждаются в ревизии. Если предположить, что при травматизации опровергается в первую очередь рабочая модель надежной привязанности, согласно которой индивид воспринимает самого себя как ценного и компетентного, а своих близких как эмоционально доступных и оказывающих поддержку, то это означает, что именно эта модель должна быть восстановлена с учетом полученного опыта. Соответственно при проявлении у индивида симптомов посттравматического стрессового расстройства можно ожидать, что ему не удалось адекватным образом восстановить эту модель.

Действительно, как мы уже отмечали, основные симптомы ПТСР – это навязчивые образы, мысли, ощущения, ночные кошмары, связанные с ситуацией травмы, с одной стороны, и попытки избегания стимулов – мыслей, ощущений, действий, – связанных с травмой, эмоциональное онемение (numbing), отчужденность от окружающих – с другой. Эти аспекты ПТСР поразительно напоминают характерные черты двух типов ненадежной привязанности, обнаруженных при обследовании детей и взрослых в работах М.Эйнсворт с сотрудниками (Ainsworth, Witting 1969; Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978), а также М.Мейн с сотрудниками (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Один из вариантов ненадежного типа привязанности у детей ("амбивалентный") и взрослых ("тревожный") связан с нарушением

способности контролировать противоречивые эмоциональные проявления и импульсивное поведение по отношению к объектам привязанности. Такому типу привязанности соответствуют регулярные прорывы негативного аффекта по отношению к себе и к своим близким, застревание в этом аффекте, неспособность переключиться на другой вид деятельности и отношений. Другой ненадежный тип привязанности – "избегающий" у детей и "дистанцированный" у взрослых – характеризуется отстранением от объекта привязанности, избеганием болезненных воспоминаний, эмоциональной отчужденностью, отказом от поддержки и утешения. В поддержку данной гипотезы можно привести данные, приведенные в исследовании депрессии Бека (Beck, 1983, цит. по Нельсон-Джоунс, 2000), который показал, что после стрессогенных событий, вследствие повышенной когнитивной уязвимости, в первую очередь страдают от депрессии отчужденные (ср. "дистанцированный тип привязанности") и социотропные (ср. "тревожный тип привязанности") индивиды.

Можно поэтому предположить, что появление ПТСР-симптоматики отчасти объясняется активацией ненадежных типов привязанности при нарушении функционирования "надежной" рабочей модели у травмированного индивида. Ответ на вопрос о том, почему это имеет место лишь у определенной части пострадавших, очевидно, может быть таков: те индивиды, у которых надежная рабочая модель по сравнению с другими доступными им типами привязанности является относительно слабо развитой, испытывают после травмы значительно большие трудности при ее восстановлении и достигают значительно меньшего успеха, так что у них оказываются активированными модели ненадежной привязанности. Другой вариант: рабочая модель индивида в целом отличается низкой пластичностью, в результате чего она с трудом поддается пересмотру и изменению; поэтому когда "надежная" рабочая модель вследствие травмы нарушается и не соответствует больше реальному опыту индивида, вступают в действие

другие типы привязанности – ненадежные, порождая дезадаптивные способы поведения и посттравматическую симптоматику.

В проведенном исследовании изучалось проявление у испытуемых различных прототипов привязанности, а также степень выраженности психопатологической (в том числе посттравматической) симптоматики. С помощью корреляционного анализа было показано, что надежный тип привязанности не имеет корреляций с психопатологией, в то время как прототипы, относящиеся к ненадежным (тревожному и дистанцированному) типам имеют значимые взаимосвязи с выраженностью психопатологических (в том числе посттравматических) симптомов (подробно об этом см. Калмыкова Е.С. с соавт., в печати). Таким образом, результаты исследования подтверждают гипотезу о взаимосвязи качества привязанности индивида с его способностью противостоять стрессогенным и психотравмирующим событиям.

История изучения проблемы ПТСР

Первые исследования о переживании военного стресса появились в США и относятся к временам Гражданской войны (1861 – 1865). В России этой проблемой специалисты стали заниматься в Первую мировую и Гражданскую войны. Военный невроз у разных авторов получал разные имена. ПТСР называли: «солдатское сердце», «тревожный невроз», «синдром Да Коста», «тревожное сердце», «травматический невроз», «снарядный шок».

Основная информация и выводы по вопросу военного невроза были собраны и сформулированы А. Кардинером к 1941 году. Современные разработки базируются на его трудах.

До Первой мировой войны считалось, что подобные проявления являются, во-первых, следствием плохой дисциплины и трусости, во-вторых, органических нарушений головного мозга. Как часто случается, первое мнение оказалось ошибочным. А вот интерес к биологической природе военного стресса, т. е. органических нарушений в деятельности нервной

системы, со временем усилился и остается одним из центральных.

Однако уже в ранних работах отмечалось, что военный стресс имеет хроническую причину и тенденцию к постепенному ухудшению с течением времени. Это подтверждается данными современной науки. Исследователями было отмечено, что у части лиц с последствиями военной травматизации симптомы ПТСР с возрастом усугубляются. С другой стороны, одной из диагностических сложностей выявления ПТСР является тот факт, что ПТСР может проявиться как в течение одного месяца после травмы, так и 30-40 лет спустя.

Таким образом, основной особенностью ПТСР является тенденция не только не исчезать со временем, но становиться более выраженным. Симптомы с возрастом усугубляются не у всех, а у части лиц. С учетом того, что специалисты говорят о тенденции, то симптомы проявляются у достаточно большого числа ветеранов. Еще одной особенностью ПТСР является то, что в любое время после воздействия соответствующих факторов ПТСР может внезапно возникнуть на фоне общего благополучия. Таким образом, можно выделить три проблемы в связи с ПТСР:

- хронический характер и ухудшение со временем
- клинические проявления через 30-40 лет
- внезапность проявлений ПТСР [1.5].

Основные симптомы ПТСР

ПТСР идет об руку с разнообразными психическими расстройствами. Эти расстройства могут быть как следствиями травмы, так и присутствовать изначально, т. е. способствовать развитию ПТСР.

Существуют два основных типа реагирования на травму:

А) застревание в травме

Б) избегание травмы (всего, что о ней может напоминать)

Оба типа реагирования сопровождаются диссоциативными переживаниями. Для первого характерны «флэшбэки». Для второго – психогенная амнезия.

Содержанием как первого, так и второго типов реагирования на травму, сопровождающихся явлением диссоциации, оказывается невозможность осмыслить и «усвоить» военный травматический опыт. Осмыслить, усвоить, принять как прошлое и идти дальше с багажом этого жизненного опыта.

Ведущая при ПТСР симптоматика: депрессии, алкоголизм, повышение уровня агрессии, изменение физиологической реактивности организма. Алкоголизм с одной стороны помогает совладать со стрессом и депрессией. С другой, усиливает уязвимость организма к ПТСР. При этом нейробиологические изменения, характерные для ПТСР, способствуют восприимчивости к химическим веществам, а, следовательно, и развивается зависимость (т. е. алкоголизм).

Депрессия есть реакция на травму. Изнанкой депрессии является агрессия, направленная вовнутрь. Вспышки агрессии и раздражительность, характерные для депрессии, катализируются, в случае с ПТСР также нейробиологической разбалансировкой, связанной с хроническим возбуждением нервной системы.

Постоянное возбуждение вегетативной нервной системы провоцирует неадекватное реагирование на незначительные стимулы, которые воспринимаются как раздражающие или несущие угрозу, не являясь таковыми по сути.

В результате мир воспринимается как враждебная среда. Формируется мировоззрение, ориентированное на постоянный поиск врагов. Это мировоззрение и мироощущение реально изучается через параноидное поведение.

Параноидное поведение, в частности, проявляется в перенесении «военных» способов реагирования в мирную жизнь. Таким образом, агрессию характерную для ПТСР порождает не только агрессия и страх.

Все эти факторы способствуют отчуждению ветеранов от общества, а общества от них. Ветераны воспринимают мир как угрозу, мир как угрозу воспринимает их. Страх, непонимание, отторжение со стороны общества

лишь усиливает аутизацию ветеранов и усугубляет болезненную симптоматику.

Алкоголизм, депрессия, нейробиологическая разбалансировка организма ведут к трудностям с концентрацией внимания, а следовательно к трудностям в обучении, освоении новых навыков. А также к утрате прежних профессиональных умений и потери интереса к сферам, которые раньше имели значение. Все это ведет к выпадению из повседневности, фиксации на травме. Как результат – еще раз отчуждение от социума.

Основные симптомы ПТСР:

Симптомы повторного переживания

- Повторяющиеся навязчивые негативные воспоминания о событии.
- Повторяющиеся негативные сны, связанные с событием.
- Внезапные поступки и чувства, вызванные «возвратом» (внезапным «провалом») в психотравмирующее событие.
- Интенсивный психологический стресс при событиях, напоминающих или символизирующих травму.

Симптомы избегания

- Избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с событием.
- Невозможность воспоминания деталей события.
- Снижение интереса к деятельности, ранее вызывавшей у человека большой интерес.
- Чувство отстраненности, отчуждения от других людей.
- Обеднение чувств, отсутствие положительных эмоций, отсутствие планов на будущее.

Симптомы повышенной возбудимости

- Трудности засыпания, бессонница
- Раздражительность
- Гипербдительность

- Взрывные реакции
- Трудности при концентрации внимания
- Физиологические реакции на события, символизирующие или напоминающие травму.

Лечение массивной психотравмы, обусловленной войной

Клиническая работа

Обычно клиническую работу ведут психиатры из районных амбулаторных отделений или местных больниц. Руководство и даже другие медицинские работники могут оказывать значительное сопротивление созданию или работе психиатрических служб. Им не придают большого значения, когда под угрозу поставлены другие “весьма важные” медицинские службы и даже удовлетворение минимальных потребностей человека (безопасность, пища, кров и т. д.) оказывается под вопросом.

Общие замечания

Лечение больших психических расстройств, т. е. психозов, может забирать основную часть времени и энергии консультанта, особенно, если нет другого психиатра. Хотя каждый так или иначе испытывает на себе влияние длительной психотравмирующей ситуации, а в некоторых случаях она, возможно, является фактором, провоцирующим развитие психоза, или становится причиной его рецидива, в большинстве случаев было бы достаточным непосредственное лечение психотического расстройства. Создавшаяся ситуация может вызывать рецидивы ввиду прекращения приема лекарств. Клиники могут работать нерегулярно, не всегда есть психотропные препараты либо их запасы сокращены, а поездка в клинику для получения поддерживающего лечения сопряжена с трудностями и риском.

В условиях недопоставок и трудностей регулярного снабжения, целесообразно использовать дешевые, легко доступные препараты – хлорпромазин, галоперидол, циклодол, имипрамин, амитриптилин, диазепам, а также противосудорожные препараты – фенobarбитал и фенитоин. Если

Министерство здравоохранения или другой ответственный орган не поставляет психотропные препараты в обычном порядке, необходимо направлять усилия на то, чтобы гарантировать регулярное обеспечение больных этими лекарствами. Базовая подготовка местного медицинского персонала по диагностике и лечению психических заболеваний даст ему возможность справиться с работой в психиатрической клинике (WHO, 1990, 1992; de Jong, 1987). Увеличения количества больных следует ожидать в период прекращения огня, перемирия, конца военных действий или установления мира.

В обязанности практикующего врача-психиатра будет входить часть работы, связанной с судебной психиатрией. Хотя суды и другие юридические службы могут не функционировать, медицинские документы, удостоверяющие психическое заболевание пациента, могут избавить его от ненужных страданий. Больных с психотическими симптомами часто подвергают арестам, содержат под стражей, а иногда подвергают пыткам и казням из-за того, что представители вооруженных сил или боевики не понимают их поведение. В силу своего психического страдания больные могут становиться беспокойными, бродить возле военных лагерей или запретных зон в запрещенное время (комендантский час), или же могут говорить то, чего говорить нельзя. Вначале в них могут заподозрить шпионов или вражеских агентов. Надлежащая информация об их состоянии здоровья в конечном счете убедит представителей власти передать их в другие руки. Власти убедятся в том, что это в значительной мере сохранит их время и усилия. Если наладить рабочие взаимоотношения, можно сделать много полезного. Часто требуется простое письмо, в котором излагается, что данный больной наблюдается в клинике.

Описание посттравматических состояний

Лишь небольшое число лиц с посттравматическими расстройствами, в частности посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), впервые обращаются в психиатрическую клинику, составляя не более 10% от всех

случаев. Это меньшинство неизменно предъявляет жалобы на депрессию и/или тревогу. Только в ходе дальнейшего опроса выясняется, что причиной такого состояния является лежащая в их основе травматизация. Лиц с посттравматическими состояниями чаще направляют из обычных амбулаторных, терапевтических или хирургических отделений, где они лечились в связи с соматическими жалобами. Сочетание ПТСР с тревогой и депрессией хорошо исследовано (American Psychiatric Association, 1994). Однако меньше известно, что ПТСР часто проявляется соматизацией, особенно, в развивающихся странах (Somasundaram, 1996).

Посттравматическое стрессовое расстройство

Имеется несколько причин, по которым некоторые люди с посттравматическими расстройствами, особенно с ПТСР, находятся в психиатрических клиниках. Поскольку ПТСР обычно не вызывает выраженной, нарушающей трудоспособность, дисфункции, как это происходит при психозах, психиатрическую клинику не считают подходящим местом, в которое следует обращаться за помощью, особенно принимая во внимание ту социальную стигму, которой наделяется психическая болезнь. Взамен большинство лиц с различными соматическими жалобами обращается в сектор традиционной медицины или медицинские учреждения западного типа.

Повышение осведомленности коллег благодаря проводимым лекциям и семинарам гарантирует, что в амбулаторных отделениях и других клиниках будут выявлять соматизированное расстройство и ПТСР. Однако, если они начнут правильно диагностировать эти расстройства, окажется, что психиатрические клиники недостаточно оснащены для того, чтобы справиться с таким большим количеством больных. Единственным ответом на эту проблему было бы обучение персонала методам оказания помощи менее тяжело пострадавшим лицам на месте их выявления. Не во всех случаях, когда диагностируют ПТСР, требуется сложное психиатрическое лечение. К

счастью, многие выздоравливают самостоятельно или с помощью минимальной поддержки, консультирования либо методов релаксации.

В этой связи стоит напомнить, что хотя диагностические критерии МКБ-10 (World Health Organization, 1992) довольно чувствительны при выявлении большинства случаев ПТСР, критерии DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) – более точны при отборе лиц с более выраженными проявлениями расстройства, нуждающихся в специальной терапии. В частности, наличие симптомов и нарушение социального функционирования в течение одного месяца в этом отношении является дифференциальным признаком.

Существует значительное расхождение во мнениях относительно транскультуральной валидности ПТСР (Brachen et. al., 1995). Исходя из своего опыта, я считаю ПТСР универсальным феноменом, часто проявляющимся после пережитых психотравмирующих ситуаций, включая пытки (Somasundaram, 1997), хотя могут существовать различия в значимости разных критериев. Например, чувство вины у выживших может быть не таким значительным или распространенным, как в иудейско-христианских культурах. Чаше бывает чувство стыда, переживание осуждения (со стороны окружающих) и недоверие. Эти наблюдения имеют значение для оценки состояния больного и проведения психотерапии. Учитывая опасности расширенного употребления медицинских препаратов, что может стать политико-социальной проблемой (Young, 1980), диагноз ПТСР помогает выявить тех людей, которым принесет пользу особый уход и лечение, направленные на облегчение их страданий. Больные проходят долгий путь от выявления страдания до поддержки и возврата им чувства защищенности. Более того, диагноз ПТСР является признанным во всем мире способом описания психологического ущерба, причиняемого войной, и таким образом усиливает влияние на политические и экономические причины войны.

Ведение больных с посттравматическими состояниями следует начинать с всестороннего обследования с учетом социально-культурального контекста,

значения психотравмы и местных определений дистресса. Первое собеседование является решающим для установления отношений доверия и терапевтического союза. Во время сбора анамнеза необходимо досконально выяснить все подробности в отношении психотравмы. Очень часто за инициальными проявлениями соматизированного расстройства, тревоги или депрессии скрывается психотравма. Возможно явное отрицание психических нарушений, бывает частичная или полная амнезия на психотравмирующее событие. Выраженная подозрительность, особенно когда человек сообщает о пребывании под стражей или участии в боевых действиях, должна побуждать врача к исследованию возможной пережитой травмы в анамнезе. Требуется огромное умение, чтобы вначале выяснить, что психотравма была, а затем уже установить ее детали. Лечебное действие оказывает сама возможность рассказать свою историю и проявить эмоции. В лечебном плане для каждого индивида необходимо учитывать степень травматизации, профиль симптомов, личность пациента и доступные ресурсы. В качестве общего правила установлено, что в большинстве случаев травматизации полезными могут быть приведенные ниже методы (вставка 1).

Вставка 1. Терапевтические вмешательства при посттравматических расстройствах

- Психиатрическое образование
- Кризисное вмешательство
- Психотерапия
- Когнитивно-бихевиоральные методы
- Техники релаксации
- Фармакотерапия
- Групповая психотерапия
- Семейная психотерапия
- Экспрессивные методы
- Реабилитация
- Общинные подходы.

Терапевтические воздействия при ПТСР

Психиатрическое образование

Основная информация о психотравме и обычных реакциях на стресс может быть довольно успокаивающей. Полезными могут быть техники снятия стресса и советы в отношении того, что необходимо делать.

Психотерапия

Определенная форма психотерапии остается методом выбора для большинства больных, переживших психотравму. В конечном счете, травматизация разрушает когнитивные “Я”-схемы жертвы и ее взгляд на мир. Воссоздание разрушенного будет болезненным, если необходимо добиться восстановления или исцеления. Эффективными могут быть различные уровни психотерапевтических техник, начиная от выслушивания, через консультирование, и заканчивая краткосрочной динамической психотерапией. К основным принципам относят создание доверительных отношений и выслушивание истории жизни, чтобы помочь “провентилировать” эмоции и прояснить то, что случилось. Главная цель – помочь проработать процесс так, чтобы психотравмирующее событие интегрировалось в “Я”-систему пострадавшего.

Если имеется квалифицированный психотерапевт, можно взять на вооружение более формализованную краткосрочную динамическую психотерапию, описанную Horowitz (1986). Поскольку разные аспекты психотравмы могут находиться на разных уровнях обработки, метод психотерапии может усложняться. В случаях множественной или хронической психотравмы терапия становится намного сложнее. Следует помнить, что не всем пациентам она помогает. “Разговорный метод лечения” может быть новым для данной культуры, поэтому многие люди могут оказывать сопротивление словесному общению или “психологизированию”.

Может оказаться эффективным использование поддерживающих техник и симптоматического облегчения в рамках психотерапии, описанной van de

Veer (1993). Попытка преодолеть, например, чувство вины, утрату контроля и бессилие, которые так важны на Западе, может оказаться бесплодной. Однако такие понятия, как стыд, утрата репутации, вера, судьба, порицание могут быть более значимыми в странах Третьего мира. Например, утрата контроля, описываемая на Западе как основное последствие травматизации, может быть основана на культуральной уверенности в контроле над тем, чем, как говорят, человек владеет. Акцент на ответственности индивида, а отсюда чувство вины вытекают из этих убеждений. В противоположность этому на Востоке вера в карму, судьбу, связи с семьей и предками создают совсем другой взгляд на мир. Как таковой, психотерапевт, получивший образование на Западе, обнаружит, что ему сложно понять социально-культуральную среду и систему верований, в связи с чем ему значительно труднее рассматривать эти вопросы со своим клиентом. Действительно, отсутствие взаимопонимания и следование западной озабоченности чувством вины могут сделать психотерапию рискованным предприятием. Возможно, более благоразумно оставить эти вопросы местному священнику или традиционным целителям, которые лучше понимают систему верований местного населения и поэтому могут оказаться в лучшем положении, чтобы исправить ситуацию.

Существует намного более серьезная цель, называемая “логотерапией” (Frankl, 1959), которая заключается в том, чтобы находить смысл в случившемся. Оказывается, что как только найден смысл, большинство клиентов быстро выздоравливают. Культуральные и религиозные убеждения, например, доктрины относительно кармы и страдания, наиболее важные как для буддистских, так и для индуистских представлений, также имеют значение. Следует пытаться привлекать к сотрудничеству в качестве котерапевтов, или – в традиционной терминологии – в качестве союзников традиционные ресурсы, например священнослужителей, монахов, целителей.

Когнитивно-бихевиоральные методы

По существу, эти методы представляют собой систематически проводимую десенсибилизацию в отношении психотравмы, при этом клиента

подвергают воздействию психотравмы, т. е. он должен многократно воспроизводить психотравмирующее событие, используя воображение (Foa & Rothbaum, 1989).

Техники релаксации

Основанные на прогрессирующей мышечной релаксации, приемлемые в данной культуре методы могут оказывать лечебное действие на некоторые последствия пережитой психотравмирующей ситуации, а именно состояния возбужденности, тревожности и соматизации. Разработано четыре основных методики, адаптированных к культуре и религии клиента, которые выполняют дважды в день:

Дыхательные упражнения. Установлено, что дыхание, обычно неосознаваемый, или произвольный процесс, тесно связано с эмоциональным состоянием, поэтому при его нарушениях становится поверхностным, частым и неравномерным, а при экстремальных реакциях переходит в гипервентиляцию. Цель этого метода лечения – подчинить дыхание контролю сознания и сделать его глубоким, ровным и ритмичным. Этого обычно достигают путем обучения брюшному, диафрагмальному дыханию в противоположность обычному грудному типу дыхания. В индуистском окружении клиентов можно обучить приему йоги – пранаяме, а буддистов – методу “контролируемого дыхания”, или Ана Пана Сати (Ana Pana Sati). Мантру (ОМ, Puthoo) или другое слово можно произносить по частям во время вдоха и выдоха. Остальным объясняют суть ритмичного брюшного дыхания.

Прогрессирующая мышечная релаксация. Большинство клиентов можно обучить методу Jacobson. Клиенты-индусы могут освоить сходные в техническом отношении упражнения йоги, Шанти (Shanti) или Сава Асана (Sava Asana). Буддисты могут практиковать “внутреннее созерцание”. Другие физические упражнения, особенно йога и тай-чи (Tai-chi), – хорошо известные способы достижения релаксации и чувства физического и душевного благополучия.

*Повторение слов. В этом методе (Jарра) значимое слово, фразу или стих снова и снова повторяют для себя. Сначала это делают громко, затем после нескольких недель практики – шепотом, потом – совсем тихо, и в конце – только мысленно. Для индусов в начальный период можно избрать заклинание или Пранава мантру, “ОМ”. Для буддистов это может быть *Buddhang Saranang Gachchami*, для мусульман – *Subhanallah*, а для католиков – христианская молитва (“*Jesus Christ have mercy on me*”) или же молитвенные четки. В Камбодже хорошо известно повторение *Keatha*, Слов (*Angkat*) или имени Бога (*Puthoo*). При трансцендентальной медитации и реакции расслабления по *Venson (1975)* используют подобную технику.*

*Медитация. Используются различные медитационные практики. Что касается буддистов, им можно предложить медитацию *Vipassana*, а для христиан – внутреннее созерцание, противопоказанные только при шизофрении и других психозах (ибо медитация может провоцировать развитие психоза у предрасположенных к нему индивидов или обострить уже имеющееся психическое заболевание).*

Можно также, используя традиционные методы массажа, достичь глубокой релаксации. Масляный массаж *Aurvedic* или *Siddha* и камбоджийский *Thveu Saasay* – все они являются приемлемыми и эффективными в данной культуре. В терапевтические программы целесообразно привлекать традиционных практикующих целителей и других лиц, ибо, кроме большей мобилизации доступных ресурсов, это поможет повысить осведомленность и расширить знания населения о последствиях психотравмы. Считают, что для выживших после пыток с болями в опорномышечном аппарате и искаженным образом тела, обусловленными систематически причиняемой мучительной болью и нанесением повреждений различных частей тела, полезны массаж и йога. Неправильное обозначение этих культуральных техник как релаксационных упражнений ведет к недооценке их значимости. Когда эти методы хорошо знакомы культурально, они открывают доступ к прошедшему детству, общинным и религиозным

корням, и, таким образом, высвобождают богатый источник ассоциаций, которые могут помочь в психотерапевтическом и исцеляющем процессе. Внутреннее сосредоточение и медитация помогают извлекать скрытые внутренние ресурсы индивида и открывают такие уровни, которые могут создать духовное благополучие и придать смысл происшедшему. Хотя эти техники не относятся к официальной психотерапии, они могут достичь того, чего пытаются достичь психотерапевты, высвобождая процессы культурного и духовного развития. Можно обратиться с просьбой к монахам, гуру или сведущим лицам, чтобы они помогли в обучении этим техникам.

Психофармакотерапия

Когда у больного есть еще и депрессия, как это неизменно бывает при более тяжелых посттравматических состояниях, реакция на антидепрессанты хорошая. При ПТСР в результате приема антидепрессантов также наблюдается положительная динамика, особенно в отношении явлений навязчивости и ночных кошмаров. В большинстве случаев эффективны низкие дозы имипрамина. Дозу препаратов можно повышать постепенно с учетом как ее эффективности, так и побочных эффектов.

У отдельных пациентов, особенно тех, кто во время сеанса психотерапии неспособен к общению, значимыми и эффективными являются групповая психотерапия, семейная психотерапия, эмоциональные методы (высвобождение подавленных эмоций благодаря художественным или другим косвенным средствам) психотерапии и реабилитационные мероприятия. Эти методы также очень полезны в работе с большим количеством людей и будут описаны ниже. Как показывает приведенный ниже клинический случай, большие преимущества имеет сочетание этих воздействий.

Раздел III. Учебно-методические разработки лабораторных и практических занятий

Использование релаксационных методов в клинике

Цель: дать теоретическое обоснование и общее введение в проблему использования поведенческих методов релаксации в клинике.

План:

1. Теоретическое обоснование клинического применения релаксационных методов.
2. Индивидуальные различия пациентов при релаксации.
3. Клинические меры предосторожности и нежелательные побочные эффекты: – утрата контакта с реальностью;
 - реакция на лекарственные препараты;
 - панические состояния;
 - преждевременное высвобождение вытесненных представлений;
 - возникновение чрезмерного трофотропного состояния.
4. Регистрационная форма для релаксационного тренинга: знакомство и заполнение.

● Узловые вопросы темы

Наиболее часто используемыми методами аутогенной (самостоятельно вызываемой) релаксации являются нервно-мышечная релаксация, дыхательный контроль и различные формы биологической обратной связи.

В течение долгого времени бытовало мнение, что реакция тревоги (А

или В) является непредсказуемой и небезопасной и по-другому человек не может реагировать на стресс. Однако многолетний опыт свидетельствует: гораздо полезнее, используя резервные возможности организма, овладеть методом сознательной и активной саморегуляции. Это позволит реагировать на стресс более спокойно.

Секреты ответной реакции на тревогу (А или В) раскрыл американский физиолог Уолтер Кеннон. В тайну возникновения стресса проник канадский физиолог Ганс Селье. Именно физиологи высказали предположение о возможности сознательного ауторегуляционного вмешательства, проникновения человека внутрь самого себя, в собственное «я», и дали ему научное обоснование. Это были великий русский физиолог Павлов и выдающиеся американские исследователи Уоллес и Бенсон.

Они показали, что человек способен также регулировать некоторые природные физиологические процессы, т. е. обладает возможностью целенаправленно использовать свои возможности. Таким образом, его реакция на стрессовые раздражители может способствовать укреплению здоровья – как психического, так и физического. Само по себе это логично: ведь если вам «под силу» вредить собственному здоровью, то почему бы не использовать те же самые способности во благо.

Автоматическая реакция тревоги состоит из трех последовательных фаз (согласно теории Г. Селье): 1) импульс, 2) стресс и 3) адаптация. Иными словами, если наступает адаптация, то стрессовое состояние вскоре идет на убыль – человек так или иначе успокаивается. Если же адаптация нарушается (или вообще отсутствует), то возможно возникновение некоторых психосоматических заболеваний или расстройств.

Следовательно, если вы хотите, направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс должны осознанно отвечать релаксацией. С помощью этого вида активной защиты человек в состоянии вмешиваться в любую из трех фаз стресса. Тем самым вы можете помешать воздействию стрессового импульса, задержать его или (если стрессовая ситуация еще не

наступила) ослабить стресс, предотвратив тем самым психосоматические нарушения в организме.

Активизируя деятельность нервной системы, релаксация регулирует настроение и степень психического возбуждения, позволяет ослабить или сбросить вызванное стрессом психическое и мышечное напряжение.

«С точки зрения нашего современного научного понимания человек является исключительной системой, поскольку его отличает высшая ступень ауторегуляции», – эти слова принадлежат И. П. Павлову.

Современные специалисты пришли к выводу, что эффективность любой лечебной программы зависит от взаимного влияния лечения и различных специфических особенностей пациента. Вместо вопроса о том, эффективен ли данный лечебный метод или нет, клинические психологи, по-видимому, согласно Паулю (Paul 1967, с. 111), должны спрашивать: «КАКОЕ лечение, КЕМ проводимое и В КАКИХ УСЛОВИЯХ наиболее эффективно для этого ИНДИВИДА с ЭТИМИ специфическими проблемами?»

До последнего времени многие считали, что релаксационные методики представляют собой совершенно безопасную форму терапевтического вмешательства. Однако с возрастанием популярности и широты применения этих методик были установлены меры предосторожности и ряд нежелательных побочных эффектов. Клиницист должен быть в курсе этих возможных проблем.

На основе материалов научных исследований и клинических наблюдений Luthe (1969), Emmons (1978), Stroebel (1970) и Everly (1978) выявлено пять основных типов проявлений нежелательных побочных эффектов, которые могут возникнуть при обучении поведенческой релаксации.

Основные понятия: релаксация, стресс, фазы стресса, нервно-мышечная релаксация, трофотропное состояние, ауторегуляция.

?? Вопросы к подготовке:

1. Какие методы аутогенной релаксации вы знаете?

2. Как быть в тех ситуациях, когда вы не в состоянии исключить стрессовую ситуацию из своей жизни?
3. Имеются ли индивидуальные особенности восприятия пациентами методов релаксации?
4. Какие основные типы нежелательных побочных эффектов выявлены?

Темы самостоятельной и исследовательской работы студентов:

Законспектируйте основные положения из следующего источника:
Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме». Глава 1.

Медитация

Цель: представить клиническую ценность введения в медитацию.

План:

1. История медитации.
2. Типы медитации.
3. Механизмы действия.
4. Терапевтические критерии состояния сверхсознания.
5. Исследование клинических показаний и эффектов медитации.
6. Процедура проведения медитации: подготовка к работе; компоненты медитации; образец протокола.

● Узловые вопросы темы

В западной культуре понятие «медитация» относится к актам размышления, планирования, обдумывания или рефлексии, в контексте данного предмета этот термин употребляется просто для обозначения методики аутогенного типа.

Найдено множество письменных источников, посвященных медитации, которые восходят к старым индийским обычаям и относятся примерно к 1500 году до н. э.

Места зарождения и развития медитации в мире.

Хотя существует много видов медитации, общим для всех ее форм является наличие стимула или предмета, на котором концентрирует свое

внимание медитирующий. Следовательно, медитативные методы можно классифицировать в соответствии с природой объекта сосредоточения.

Медитация на мантрах. Медитация на янтрах. Медитация на чакрах. Концентрация на собственном теле Концентрация на позе. Концентрация на дыхании. Повторение физического действия. Сосредоточение на проблеме. Зрительная концентрация. Созерцание предмета. Внимающая медитация. Медитация на музыке. Медитация «Кто я?» Энергетическая медитация на шавасане. Мандала. Тибетская техника надабрама. Техника Гермеса. Даосская техника Тратака. Чань-буддийская медитация (дзэн). Лечебная цветомедитация при физических недомоганиях и для достижения психической гармонии.

Медитация представляет собой *процесс*, или набор методик, которые используются медитирующим для достижения желаемой *цели* – состояния сверхсознания. Опасности и иллюзии, подстерегающие занимающегося медитацией.

Существование «терапевтических критериев», присущих процессу медитации и указывающих на приближение к состоянию сверхсознания: 1. затрудненное дыхание, 2. спутанное мышление, 3. релаксация, 4. отстраненное наблюдение и 5. высшее состояние сознания [Shapiro, 1978]. Континуум медитативных переживаний не носит характера постепенного движения от одного дискретного состояния к другому. Пациент может вести дневник, если только он носит описательный, а не оценочный характер.

Имеющиеся работы с относительно хорошо подобранным контролем свидетельствуют о потенциально широком спектре показаний к медитации для терапии стрессогенных состояний. Клиническое применение медитации нуждается в дальнейшей валидации.

В дополнение к общим мерам предосторожности при использовании релаксации необходимо следующее:

1. Определить, имеются ли у пациента какие-либо противопоказания к применению медитации.

2. Расспросить больного о том, есть ли у него какие-либо знания или опыт относительно медитации.

3. Дать больному общее представление о медитации.

4. Рассказать пациенту о соответствующем окружении для медитации.

Четыре компонента, описываемые Бенсоном в своей книге «Реакция релаксации», которые способствуют успешной медитации.

На основе клинических наблюдений и исследовательской работы, дополняющих данные литературы, можно сделать вывод, что специфический процесс медитации может быть очень эффективным терапевтическим подходом при чрезмерном стрессе.

Здесь остро встает проблема: какие конкретные формы медитации лучше всего подходят для тех или иных индивидов?

В целом, наилучшие результаты будут получены в тех случаях, когда пациенты применяли до начала медитации несколько приемов нервно-мышечной релаксации. Этот факт привел к формированию понятия «психологической восприимчивости к медитации».

Основные понятия: мантра, медитационная практика, медитация на янтрах, парадоксальные компоненты, мандала, шавасана, «психологическая восприимчивость к медитации», тратака.

?? Вопросы к подготовке:

1. Медитация – это.....
2. Какие типы медитации вы знаете?
3. Каковы механизмы действия медитативных техник?
4. Раскройте значение терапевтических критериев процесса медитации.
5. Имеются ли индивидуальные особенности восприятия пациентами медитативных методов?
6. Какова эффективность медитативных методик при высоком уровне стрессогенного воздействия?
7. Какова процедура проведения медитации?
8. Охарактеризуйте этап подготовки к работе?

9. Опишите и раскройте компоненты медитации?

Темы самостоятельной и исследовательской работы студентов:

1. Подготовьте рефераты на тему:
 - История развития медитации в древнем Китае (в древней Индии, в древнем Египте, в древней Греции)
 - Медитация в контексте современной науки.
 - Практическая значимость медиации для клинической практики.
2. Подготовьте и проведите сеанс медитации.
3. Составьте свой образец протокола сеанса медитации.
4. Законспектируйте основные положения из следующего источника:

Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме». Глава 2.

Нервно-мышечная релаксация

Цель: дать введение в круг методов вмешательства, обозначаемых как нервно-мышечная релаксация (НМР).

План:

1. История нервно-мышечной релаксации.
2. Механизмы действия.
3. Исследование клинического применения и эффективности НМР.
4. Подготовка к применению физической активной формы НМР
5. Процедура применения НМР
6. Последовательные этапы расслабления для каждой мышцы
7. Образец протокола
8. Комплекс упражнений для нервно-мышечной релаксации

● Узловые вопросы темы

Метод нервно-мышечной релаксации восходит к четырем основным источникам:

- 1) «Прогрессивная релаксация» – методика, разработанная Edmund Jacobson; 2) научно-исследовательские протоколы, разработанные авторами;
- 3) исследование Bernstein и Borkovec (1979); 4) клиническая работа Vinod

Bhalla, применяющего метод нервно-мышечного вмешательства в рамках соматической медицины и при стрессе.

Упражнения с сидерическим маятником. Релаксация лицевых мускулов. Релаксация мышц глаз. Релаксация мышц туловища. Релаксация мышц ног. Релаксация умственной деятельности. Релаксация с элементами медитации по Шакти Гавайи. Аутогенная тренировка (метод Шульца). Релаксация с сосредоточением на дыхании. Релаксация по М. Шлепецкому. Расслабленное сосредоточение. Простое расслабление мышц. Релаксация мышц рук. Прогрессивная мышечная релаксация Э. Джекобсона. Временная шкала прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона. Антистрессовая релаксация. Комплекс упражнений для нервно-мышечной релаксации.

Основные понятия: метод нервно-мышечной релаксации, «прогрессивная релаксация», стресс, фазы стресса, нервно-мышечная релаксации..

?? Вопросы к подготовке:

1. При лечении каких нарушения нервно-мышечная релаксация оказалась наиболее эффективной?
2. Сокращения каких мышц происходит при выполнении упражнений НМР?
3. Что является источниками метода нервно-мышечной релаксации?
4. Какие шаги должен предпринять клинический психолог перед проведением сеанса нервно-мышечной релаксации?
5. Укажите очередность расслабления мышц во время сеанса НМР?

Темы самостоятельной и исследовательской работы студентов:

1. Заполните сводный перечень компонентов НМР:

Подготовка к использованию:

1. Определите противопоказания.
2. Узнайте, есть ли у пациента знания (опыт) применения методик.
3. Дайте пациенту общее введение и теоретическое обоснование по использованию методики.

4. Опишите соответствующие условия для занятий.
 5. Проинструктируйте пациента относительно различия между мышечным «напряжением» и мышечной «контрактурой».
 6. Проинструктируйте пациента относительно соответствующего способа дыхания.
 7. Продемонстрируйте неформально все используемые конкретные упражнения на сокращение мышц.
 8. Опишите, «как» Вы будете давать инструкции и сигналы.
Последовательные этапы для расслабления каждой мышцы:
 1. Опишите конкретную мышцу и «как» ее сокращать.
 2. Дайте пациенту сигнал начать сокращение.
 3. Попросите пациента удерживать напряжение и поощряйте его к еще большему напряжению.
 4. Дайте пациенту сигнал прекратить напрягать мышцу, т. е. расслабиться.
 5. Помогите пациенту ощутить состояние только что расслабленной мышцы вербальными и интонационными средствами.
 6. Поощряйте дальнейшее расслабление.
 7. Сделайте паузу и дайте пациенту возможность осознать свои ощущения.
 8. Если это возможно, продолжайте работать с противоположной группой мышц.
-

2. Ознакомится и провести методику диагностики степени готовности к риску Шуберта

Задание: подтвердите или опровергните следующие результаты:

- с возрастом готовность к риску падает;
- у более опытных работников готовность к риску ниже, чем у неопытных;

- у женщин готовность к риску реализуется при более определенных условиях, чем у мужчин;
- у военных командиров и руководителей предприятий готовность к риску выше, чем у студентов;
- с ростом отверженности личности, в ситуации внутреннего конфликта растет готовность к риску;
- в условиях группы готовность к риску проявляется сильнее, чем при действиях в одиночку, и зависит от групповых ожиданий.

3. Законспектируйте основные положения из следующего источника:

Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме». Глава 3.

Произвольная регуляция дыхания для снижения чрезмерного стресса

Цель: обсуждение проблемы использования произвольной регуляции дыхания или снижения чрезмерного стресса.

План:

1. Историческая справка развития произвольной регуляции дыхания.
2. Основные типы дыхания.
3. Механизмы действия.
4. Практическое применение.

● Узловые вопросы темы

Произвольная регуляция дыхания – наиболее гибкий метод среди способов вмешательства, направленного на уменьшение чрезмерного стресса. Его можно использовать при самых разнообразных обстоятельствах, детерминированных как условиями окружающей среды, так и поведенческими факторами.

Рассмотрены три основных типа дыхания – ключичное, грудное и диафрагмальное. Первые два связаны с симпатической ответной реакцией и могут ее стимулировать. Диафрагмальный тип может стимулировать парасимпатическую реакцию, будучи с ней связанным [Ballentine, 1976].

Исходя из опыта, считается очень важным для клинического психолога научиться распознавать эти типы у своих пациентов. Полезно также обучить пациентов самим определять типы своего дыхания.

В конечном счете, клинический психолог должен оценить целесообразность использования произвольно регулируемого дыхания индивидуально для каждого пациента. Клинический психолог может попробовать обучить больного нескольким дыхательным упражнениям для того, чтобы определить, какое из них является наиболее эффективным для данного индивида. Рассмотрены три упрощенных варианта диафрагмального дыхания – не в качестве предписаний, а как возможные варианты основного типа дыхательной регуляции (диафрагмального дыхания), который, как было обнаружено, может эффективно использоваться для уменьшения чрезмерного стресса [Hewitt, 1977; Jencks, 1977]. Клинический психолог должен оценить их эффективность на основе индивидуального подхода.

Основным указанным недостатком дыхательной регуляции, применяемой для снижения стресса, является реакция гипервентиляции. В сущности не возникает никаких проблем при использовании этого метода, если пациент выполняет описанные дыхательные упражнения в течение непродолжительного времени и прекращает занятия при появлении в результате головокружения. В литературе по йоге имеются ссылки на нецелесообразность выполнения пранаям больше 15 мин за 1 ч. Еще раз подчеркнем, однако, что в этом вопросе необходимо исходить из индивидуальных особенностей пациентов.

Основные понятия: «пранаяма», Хатха-йога, произвольно регулируемое дыхание, гипервентиляция, стресс, релаксация.

?? Вопросы к подготовке:

1. Опишите основы процесса дыхания
2. Рассмотрите четыре фазы дыхательного цикла
3. Опишите три основных типа дыхания

4. Каковы меры предосторожности должен соблюдать клинический психолог при проведении процедуры произвольно регулируемого дыхания.
5. Опишите метод, разработанный Эверли.
6. Проведите дыхательное упражнение – разновидность метода «подсчета дыхания».
5. Метод дыхания с названием «полное дыхание»- это

Темы самостоятельной и исследовательской работы студентов:

1. В литературных источниках найдите и попробуйте провести упражнения с элементами дыхательных гимнастик, например, Хатха-йоги.
2. Законспектируйте основные положения из следующего источника:
Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме». Глава 4.

Биологическая обратная связь при лечении стрессовой реакции

Цель: в общих чертах ознакомить студентов с понятием биологической обратной связи как в целом, так и в плане лечения стресса.

План:

1. Изложение принципов, на которых основана биологическая обратная связь.
2. Описание биологической обратной связи и того, как она может быть использована при лечении стрессовых состояний.
3. Исторические тенденции, которые привели к теперешнему состоянию проблемы.
4. Используемые в настоящее время типы биообратной связи.
5. Роль клинического психолога в лечебной концепции биологической обратной связи.

● Узловые вопросы темы

Биологическая обратная связь – как метод, посредством которого собирается информация о биологической деятельности индивида собирается,

обрабатывается и посылается обратно к нему, так что он в результате может изменить эту деятельность.

Принцип, на котором основана биологическая обратная связь, требует активного участия пациента в изменении его состояния.

Термин электромиографическая (ЭМГ) биообратная связь по отношению к биообратной связи означает электромиограф. Используемый здесь аппарат ЭМГ—это прибор, улавливающий электрические импульсы посредством специальных металлических датчиков (электродов), которые накладываются на кожу при помощи электродного крема, предназначенного для улучшения проводимости. Использование температурной биообратной связи основано на том факте, что периферическая температура кожи отражает сосудодвигательную функцию (расширение и сужение сосудов). В 1924 г. Hans Berger разработал метод графической регистрации электрической активности мозговых волн. Электроэнцефалографическая (ЭЭГ) биообратная связь регистрирует, видимо, деятельность синапсов, расположенных ближе всего к поверхности мозга.

Электрокожная (ЭК) биообратная связь – это родовой термин, относящийся к электрическим характеристикам кожи. В рамках этого вида биологической обратной связи существуют многочисленные способы измерения.

На самом деле отрицательных реакций вследствие применения биологической обратной связи может возникнуть очень мало; однако практикующий клиницист должен быть осведомлен о некоторых отрицательных эффектах, которые могут быть вызваны или, возможно, обострены в результате использования данного метода.

Биологическая обратная связь в еще большей степени, чем многие другие терапевтические методы, требует со стороны больного стремления достичь успеха и закреплять уже выученное в интервалах между занятиями.

Основные понятия: электромиограф, оперантное обусловливание, «биообратная связь», «петля обратной связи», биологическая деятельность.

?? Вопросы к подготовке:

1. Какие типы биологической обратной связи вы знаете?
2. Каковы меры предосторожности при работе с пациентом методом биообратной связи?
3. Работы каких отечественных ученых легли в основу биологической обратной связи?

Темы самостоятельной и исследовательской работы студентов:

1. **Реферат:** Историческое развитие биологической обратной связи (на примере работ отечественных и зарубежных ученых)
2. Законспектируйте основные положения из следующего источника:
Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме». Глава 4.

Оздоровительное отреагирование стресса посредством физических упражнений

Цель: терапевтическое использование физических упражнений как метода оздоровительного отреагирования (утилизации) стресса.

План:

1. История лечебной физкультуры
2. Механизм действия
3. Исследования клинических возможностей и влияние физических тренировок
4. Программа физических тренировок
5. Типы упражнений
6. Потребность в физических упражнениях: количественный аспект
7. Предостережения при проведении физических тренировок

● Узловые вопросы темы

Настоящее обсуждение рассматривает физические тренировки как современный терапевтический метод лечения чрезмерного стресса.

Самое раннее использование терапевтического фактора физических упражнений датируется, согласно Ryan (1974), пятым веком до н. э. Именно в

это время греческий врач Herodicus предписывал гимнастику при лечении различных заболеваний. Во втором веке до н. э. Asclepiades назначал ходьбу и бег в сочетании с диетой и массажем от болезней, равно как и пороков «пресыщенного» общества.

Физические тренировки сами по себе являются интенсивной формой стресса, они сильно отличаются от стрессовой реакции, участвующей в развитии хронических заболеваний. Существуют три механизма терапевтического воздействия физических тренировок при лечении чрезмерного стресса.

Острое состояние напряжения организма при стрессе во время тренировок совершенно отличается от стрессовой реакции, испытываемой в статическом пассивном положении.

Терапевтические механизмы краткосрочного действия связаны с тем, что в результате тренировок возникает состояние релаксации после физической активности и включаются в том случае, если упражнения выполняются постоянно в течение определенного периода (по меньшей мере 3–4 нед, но обычно 7–8 нед).

Необходимы дальнейшие исследования проблем клинического использования физических тренировок для лечения стресса и связанных с ним расстройств.

С терапевтической точки зрения наилучшими упражнениями, являются те, которые удовлетворяют трем критериям.

?? Вопросы к подготовке:

1. Укажите преимущества физических тренировок в плане лечения чрезмерного стресса.
2. Раскройте три критерия, которым должны отвечать физические упражнения?
3. С каких позиций оценивается количественный аспект физических упражнений?

4. Какие определенные предосторожности на физических тренировках должен остерегаться клинический психолог?

Темы самостоятельной и исследовательской работы студентов:

1. Разработайте систему физических упражнений для клиента (на примере конкретного случая).
2. Законспектируйте основные положения из следующего источника:
Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме». Глава 6.

Список основной литературы

1. *Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин В.П.* Психогении в экстремальных условиях. –М., 1991.
2. *Гремлинг Сандра.* Практикум по управлению стрессом.- СПб, 2002.
3. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М.: 1970.
4. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 1960.
5. Стрессы и их биокоррекция: метод.пособие. М., 1994, ч.3.
6. *Сандомирский М.Е.* Защита от стресса. М.- Изд-во института психотерапии, 2001.
7. *Марищук В.Л., Евдокимов В.И.* Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб., 2001.
8. *Эверли Дж. С., Розенфельд Р.* Стресс. Природа и лечение. Изд-во «Медицина», 1985.

Список дополнительной литературы

1. *Абульханова-Славская К. А.* Личностный аспект проблемы общения.– В кн.: Проблема общения в психологии. М.: Наука, 1981, с. 218–241.
2. *Аршавский И. А.* Механизмы и особенности физиологического и патологического стресса в различные возрастные периоды.– В кн.; Актуальные проблемы стресса. Кишинев: Штиинца, 1976, с. 5–22.
3. *Асеев В. Г.* О диалектике детерминации психического развития,–В кн.:
4. Принципы развития в психологии. М.: Наука, 1978, с. 21–38.

5. *Барабаничиков В. А., Малкова Т. Н.* Исследование восприятия эмоционального состояния человека по выражению лица.— В кн.; Проблема общения в психологии. М.: Наука, 1981, с. 121–133.
6. *Бобнева М. И.* К проблеме надежности человека: (О закономерных и случайных отказах в работе оператора). Л.: Изд-во ЛГУ, 1964, с. 12–14.
7. *Брушлинский А. В.* О формировании психического.—В кн.: Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981, с. 106–127.
8. *Глоточкин А. Д., Платонов К. К.* Историческое развитие сознания и личности.— В кн.: Военная психология /Под ред. В. В. Шеляги и др. / М.: Воен. издат., 1972, с. 81–94.
9. *Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и соавт.* Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л. 1976.
10. *Дашкевич О. В.* К вопросу о понятии стрессовой ситуации.— В кн.: Психический стресс в спорте: Материалы Всесоюз. симпоз. Пермь: Кн. изд-во, 1973, с. 37.
11. *Дильман В. М.* Почему наступает смерть. Л.: Медицина, 1972.
12. *Додонов Б. И.* Эмоция как ценность. М.: Политиздат, 1978.
13. *Зейгарник Б. В.* Основы патопсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973.
14. *Кассиль Г. Н.* Внутренняя среда организма. М.: Наука, 1978.
15. *Китаев-Смык Л. А.* Вероятностное прогнозирование и индивидуальные особенности реагирования человека в экстремальных условиях.— В кн.: Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. М.: Наука 1977, с. 189–225.
16. *Климов Е. А.* Индивидуальный стиль деятельности. Казань: Изд-во Казанского университета, 1969.
17. *Кокс Т.* Стресс. М.: Медицина, 1981.
18. *Смирнов В. М.* Нервная система и «стресс»: (О причине доминанты в патологии). М.: Наука, 1970.

19. *Косчолинский Ф. П.* Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1976.
20. *Кузнецов О. Н., Лебедев В. И.* Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972.
21. *Лурия А. Р.* Мозг человека и психические процессы. М.: Педагогика, 1970.
22. Механизмы развития стресса. Сборник научных трудов. Кишинев, «Штиинца». 1987.
23. *Мерлин В. С.* Системный подход к онтогенезу интегральной индивидуальности.— В кн.: Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981, с. 87-106..
24. *Наенко Н. И.* Психическая напряженность. М.: Изд-во МГУ, 1976.
25. *Разумов С. А.* Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1970.
26. *Рейковский Я.* Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979.
27. *Русалов В. М.* Биологические основы индивидуально-психологических различий. М.: Наука, 1979.
28. *Русалова Н. М.* Эмоциональные реакции. М.: Медицина, 1979.
29. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.
30. *Северцов А. Н.* Эволюция и психика. М.; М. и С. Сабашниковы, 1922.
31. *Франкенхойзер М.* Эмоциональный стресс. М.: Медицина, 1970.
32. *Шорохова Е. В.* Социально-психологическое понимание личности.— В кн.: Методологические проблемы социальной психологии. М.: Наука, 1975, с. 3–16.
33. Эмоциональный стресс: Пер. с англ. / Под ред. Л. Леви. М.: Медицина, 1970.
34. *Эверли Дж., Джирдано Д.* Контроль производственного стресса: программа для самостоятельных занятий», 1980.
35. //Стресс, адаптация и функциональные нарушения. Кишинев; Штиинца, 1984. *С. Алешин Б В., Бочдаренко Л. А* 11–12, *Анестиади З. Г* 264–265.

Приложение 1.

Вариант карточки СРС по курсу «Психология стресса»

№ п/п	Вид задания	Дата выполн	Оценка	Подпись преподавателя
1.	Законспектировать основные положения работы Ганс Селье «Очерки об адаптационном синдроме»			
2.	Аннотирование 5 статей СМИ, научных изданий. Тематика изданий: «Стресс и саморегуляция»			
3	Подготовьте и проведите сеанс медитации. Составьте свой образец протокола сеанса медитации.			
4	Подготовить и провести методику определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе «Прогноз» Ознакомится и провести методику диагностики степени готовности к риску Шуберта			
5	В литературных источниках найдите и попробуйте провести упражнения с элементами дыхательных гимнастик, например, Хатха-йоги			
6	Подобрать, подготовить и провести методику			
7	Подготовить полное информационное сообщение о характеристиках определенной группы методик, исследующих последствия стресса			
8	Провести самостоятельное теоретическое научное исследование на тему: «Стресс и человек»			
9	Провести самостоятельное теоретическое научное исследование на тему: «Посттравматическое стрессовое расстройство –			
10	Реферат			
11	Подготовить и провести процедуру нервно-мышечной релаксации			

Приложение 2.

Психодиагностические методики, направленные на исследование последствий стресса.

С целью выявления психофизиологических последствий стресса используется целый ряд специальных психодиагностических методов. Так, для изучения поведения человека в условиях стресса, фрустрации или эмоционального срыва могут применяться, так называемые, ситуационные тесты.

Хотя термин «ситуационный тест» получил распространение во время и сразу после Второй мировой войны, соответствующие этому термину тесты были разработаны несколько раньше. По существу, ситуационным тестом называется тест, при котором тестируемый помещается в ситуацию, моделирующую или очень похожую на критериальную ситуацию из «реальной жизни». Таким образом, эти тесты обнаруживают некоторое принципиальное сходство с методиками получения выборочных образцов работы (jobsample techniques), используемых при конструировании тестов профессиональных достижений, и с методиками оценки учебных достижений на основе анализа реальной деятельности (performance-based assessments). Однако, критериальное поведение, выборочные замеры которого производятся в ситуационных тестах, обычно бывает более изменчивым и сложным. Кроме того, выполнение ситуационных тестов оценивается не на основе способностей и знаний, а в «единицах» таких личностных переменных, как эмоциональные реакции, межличностные отношения и аттитюды.

Ситуационные тесты в центрах оценки и методики разыгрывания ролей.

Ситуационные тесты составляли большую часть программы центров оценки, которую Бюро стратегических служб США (OSS) ввело в период Второй мировой войны. Методика оценки в центрах (assessment – center technique) требует, по существу, пребывания в стационаре в течение

нескольких дней, когда кандидатов наблюдают и испытывают в различных ситуациях и разными способами. Эта методика представляла собой главную процедуру при отборе кандидатов для службы в военной разведке (Murray, & MacKinnon, 1946). Она позволяла выявить степень готовности индивида к работе в стрессовой ситуации, изучить индивидуальный тип реагирования на конкретный стрессор в экстремальных условиях. Аналогичные процедуры были впоследствии внедрены в Институте оценки и исследования личности при Калифорнийском университете, а также включены в ряд крупномасштабных проектов оценки военнослужащих и гражданских специалистов. Примером одного типа тестов, разработанных OSS, может служить ситуационный тест «Напряженная ситуация», предназначенный для выборочного изучения поведения человека в условиях стресса, фрустрации или эмоционального срыва. Например, перед обследуемым ставится задача, которую нужно выполнить с двумя «помощниками», которые, в действительности, не только не помогают, но и мешают ее выполнению. В ситуационном тесте другого типа использовалась группа без лидера (letterless group) в качестве средства для оценивания таких характеристик, как умение работать в команде, находчивость, инициатива и лидерство. Предлагаемая в таких тестах задача требует совместных усилий группы испытуемых, причем никто из них не назначается главным и не наделяется особыми полномочиями. Примеры из программы OSS включают ситуацию «Водная преграда» (Brook Situation), требующую переброски людей и оборудования через небольшую речку с максимальной скоростью и безопасностью, и ситуацию «Преодоление укрепления», в которой людей и снаряжение нужно было переправить через две «крепостные стены», разделенные воображаемым рвом.

Некоторые ситуационные тесты, направленные для исследования особенностей поведения индивида в стрессовой ситуации, используют разыгрывание ролей (roleplaying) или импровизацию. Исчерпывающий обзор истории, теоретических основ и разнообразных вариантов метода

разыгрывания ролей или импровизации можно найти в работе Me Reynolds, & De Voge (1978). Этот метод предполагает, что обследуемому человеку дается прямая инструкция сыграть некую роль либо открыто (с партнерами или без них), либо в форме рассказа о том, что бы он в этом случае делал и / или говорил. Сама ситуация может быть представлена реалистически, как на театральной сцене, либо задана в форме аудио-, видеозаписи или печатного текста.

Методики оценки в центрах неоднократно доказывали свою эффективность в роли предикатов разнообразных критериев. Они широко использовались в областях, где критерии отбора являются сложными, например, в области профессий, связанных с работой в экстремальных ситуациях. Вследствие широкой применимости таких методик сложно сделать какие-то обобщения по поводу валидности любой конкретной методики оценки в центре, -результаты различаются от центра к центру, в зависимости от используемых в них специфических процедур, характера критерия и квалификации экспертов. В общем, коэффициенты валидности обычно оказываются самыми высокими там, где самые надежные методологии – такие, как в программах обследования, использующих несколько способов на релевантных и доступных прямому наблюдению измерениях поведения (Gaugler, Rosenthal, Thornton, & Bentson, 1987; Shore, 1992). Несмотря на обширные исследования, ряд вопросов в отношении методик оценки в центрах остаются без ответа. Вероятно, самый неприятный вопрос касается невозможности в нескольких исследованиях продемонстрировать конвергентную валидность различных методов оценивания отдельных измерений выполнения тестовых заданий.

Список использованной литературы:

1. Диагностика и регуляция эмоциональных состояний. Сборник материалов всесоюз. Симп. Москва – Одесса, 1989. ч,- П.
2. Диагностика психических состояний в норме и патологии /Ред. Ф.И. Случевский. Л., 1980;
3. Завалова Н.Д., Пономаренко В.А. Психические состояния человека в особых условиях деятельности // Психологический журнал, 1983. Т.4. №6;

4. Иолов Т. Экстремальные ситуации и ситуативные особенности поведения личности // Психология личности в социалистическом обществе: личность и ее жизненный путь / Ред. Б.Ф. Ломов, К. А. Абульханова- Славская. М., 1990.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ГОТОВНОСТИ К РИСКУ ШУБЕРТА

(Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998 – 672 с.)

Инструкция: Оцените степень своей готовности совершить действия, о которых Вас спрашивают. При ответе на каждый из 25 вопросов поставьте соответствующий балл по следующей схеме:

- 2 балла - полностью согласен, полное «ДА»;
- 1 балл - больше «ДА», чем «НЕТ»;
- 0 баллов - ни «ДА», ни «НЕТ», нечто среднее;
- 1 балл - больше «НЕТ», чем «ДА»;
- 2 балла - полное «НЕТ»;

1. Превысили бы Вы установленную скорость быстрее оказать необходимую медицинскую помощь тяжелобольному человеку?

2. Согласились бы Вы ради хорошего заработка участвовать в опасной и длительной экспедиции?

3. Стали бы Вы на пути убегающего опасного взломщика?

4. Могли бы ехать на подножке товарного вагона при скорости более 100 км/час?

5. Можете ли Вы на другой день после бессонной ночи нормально работать?

6. Стали бы Вы первым переходить очень холодную реку?

7. Одолжили бы Вы другу большую сумму денег, будучи совсем уверенным, что он сможет Вам вернуть эти деньги?

8. Вошли бы Вы вместе с укротителем в клетку со львами при его заверении, что это безопасно?

9. Могли бы Вы под руководством извне залезть на высокую

фабричную трубу?

10. Могли бы Вы без тренировки управлять парусной лодкой?

11. Рискнули бы Вы схватить за уздечку бегущую лошадь?

12. Могли бы Вы после 10 стаканов пива ехать на велосипеде?

13. Могли бы Вы совершить прыжок с парашютом?

14. Могли бы Вы при необходимости без билета проехать от Таллина до Москвы?

15. Могли бы Вы совершить автотурне, если бы за рулем сидел Ваш знакомый, который совсем недавно был в тяжелом дорожном происшествии?

16. Могли бы Вы с 10 – метровой высоты прыгнуть на тент пожарной команды?

17. Могли бы Вы, чтобы избавиться от затяжной болезни с постельным режимом, пойти на опасную для жизни операцию?

18. Могли бы Вы спрыгнуть с подножки товарного вагона, движущегося со скоростью 50 км/час?

19. Могли бы Вы в виде исключения вместе с семьей другими людьми, подняться в лифте, рассчитанном только на шесть человек?

20. Могли бы Вы за большое денежное вознаграждение перейти с завязанными глазами оживленный уличный перекресток?

21. Взялись бы Вы за опасную для жизни работу, если бы за нее хорошо платили?

22. Могли бы Вы после 10 рюмок водки вычислять проценты?

23. Могли бы Вы по указанию Вашего начальника взяться за высоковольтный провод, если бы он заверил Вас, что провод обесточен?

24. Могли бы Вы после некоторых предварительных объяснений управлять вертолетом?

25. Могли бы Вы, имея билеты, но без денег и продуктов, доехать из Москвы до Хабаровска?

КЛЮЧ:

Подсчитайте сумму набранных Вами баллов в соответствии с

инструкцией.

Общая оценка теста дается по непрерывной шкале как отклонение от среднего значения. Положительные ответы, свидетельствуют о склонности к риску. Значения теста: от -50 до +50 баллов.

РЕЗУЛЬТАТ:

Меньше -30 баллов: слишком осторожны;

от -10 до +10 баллов: среднее значение;

свыше +20 баллов: склонны к риску.

Высокая готовность к риску сопровождается низкой мотивацией к избеганию неудач (защитой). Готовность к риску достоверно связана прямо пропорционально с числом допущенных ошибок.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ХОЛМСА И РАГЕ

Инструкция: Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года, и подсчитайте общее число "заработанных" вами очков.

№ Жизненные события	Баллы
1. Смерть супруга (супруги).	100
2. Развод.	73
3. Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером.	65
4. Тюремное заключение.	63
5. Смерть близкого члена семьи.	63
6. Травма или болезнь.	53
7. Женитьба, свадьба.	50
8. Увольнение с работы.	47
9. Примирение супругов.	45
10. Уход на пенсию.	45
11. Изменение в состоянии здоровья членов семьи.	44
12. Беременность партнёрши	40
13. Сексуальные проблемы	39
14. Появление нового члена семьи, рождение ребёнка.	39
15. Реорганизация на работе.	39
16. Изменение финансового положения.	38
17. Смерть близкого друга.	37
18. Изменение профессиональной ориентации, смена места работы.	36
19. Усиление конфликтности отношений с супругом.	35
20. Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21. Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги.	30

22. Изменение должности, повышение служебной ответственности.	29
23 . Сын или дочь покидают дом.	29
24. Проблемы с родственниками мужа (жены).	29
25. Выдающееся личное достижение, успех.	28
26. Супруг бросает работу (или приступает к работе).	26
27. Начало или окончание обучения в учебном заведении.	26
28. Изменение условий жизни.	25
29. Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения.	24
30. Проблемы с начальством, конфликты.	23
31 . Изменение условий или часов работы.	20
32. Перемена места жительства.	20
33. Смена места обучения.	20
34. Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска.	19
35. Изменение привычек, связанных с вероисповеданием.	19
36. Изменение социальной активности.	18
37. Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей	17
38. Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна.	16
39. Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи.	15
40. Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.)	15
41.Отпуск	13
42. Рождество, встреча Нового года, день рождения.	12
43.Незначительное нарушение правопорядка (штраф за нарушение правил уличного движения.)	11

Интерпретация результатов

Доктора Холмса и Pare (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у более чем пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

В соответствии с проведенными исследованиями было установлено, что 150 баллов означают 50% вероятности возникновения какого-то заболевания,

а при 300 баллах она увеличивается до 90%.

Внимательно прочтите весь перечень, чтобы иметь общее представление о том, какие ситуации, события и жизненные обстоятельства, вызывающие стресс, в нем представлены. Затем повторно прочтите каждый пункт, обращая внимание на количество баллов, которым оценивается каждая ситуация. Далее попробуйте вывести из тех событий и ситуаций, которые за последние два года происходили в вашей жизни, среднее арифметическое (посчитайте – среднее количество баллов в 1 год). Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.

Итоговая сумма определяет одновременно и степень вашей сопротивляемости стрессу. Большое количество баллов – это сигнал тревоги, предупреждающий вас об опасности. Следовательно, вам необходимо срочно что-либо предпринять, чтобы ликвидировать стресс. Подсчитанная сумма имеет еще одно важное значение – она выражает (в цифрах) вашу степень стрессовой нагрузки.

Для наглядности приводим сравнительную таблицу стрессовых характеристик.

Общая сумма баллов	Степень сопротивляемости стрессу
150-199	Высокая
200-299	Пороговая
300 и более	Низкая (ранимость)

Если, к примеру, сумма баллов – свыше 300, это означает реальную опасность, т. е. вам грозит психосоматическое заболевание, поскольку вы близки к фазе нервного истощения.

Подсчет суммы баллов даст вам возможность воссоздать картину своего стресса. И тогда вы поймете, что не отдельные, вроде бы незначительные события в вашей жизни явились причиной возникновения стрессовой ситуации, а их комплексное воздействие.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ
УСТОЙЧИВОСТИ, РИСКА ДЕЗАДАПТАЦИИ В СТРЕССЕ «ПРОГНОЗ»

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**Рекомендуется при подборе лиц, пригодных для работы в
экстремальных ситуациях**

Прочтите утверждения и дайте ответ «да» или «нет».

1. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
2. В детстве у меня была такая компания, где все старались всегда и во всем стоять друг за друга.
3. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
4. Бывали случаи, когда я не сдерживал своих обещаний.
5. У меня часто болит голова.
6. Иногда я говорю неправду.
7. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
8. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
9. Бывает, что я сержусь.
10. Теперь мне трудно надеяться на то, что чего-нибудь добьюсь в жизни.
11. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
12. Я охотно принимаю участие во всех собраниях и других общественных мероприятиях.
13. Самая трудная борьба для меня – борьба с самим собой.
14. Мышечные судороги и подергивания у меня бывают очень редко.
15. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.

16. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
17. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
18. Если мне не грозит штраф и машин по близости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
19. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как и у большинства моих знакомых.
20. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
21. Запоры у меня бывают редко.
22. В игре я предпочитаю выигрывать.
23. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.
24. Сейчас мой вес постоянен – я не полнею и не худею.
25. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
26. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
27. С моим рассудком творится что-то неладное.
28. Меня беспокоят мои сексуальные (половые) проблемы.
29. Когда я пытаюсь что-то сказать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
30. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как прежде.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
32. Думаю, что я человек обреченный.
33. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
34. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
35. Часто я вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
36. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особенно не задумываясь, соглашался с мнением других.
37. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
38. Моя внешность меня, в общем, устраивает.

39. Я вполне уверен в себе.
40. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
41. Кто-то управляет моими мыслями.
42. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
43. Бывает, что неприличная или непристойная шутка вызывает у меня смех.
44. Счастливей всего я бываю, когда один.
45. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
46. Я любил сказки Андерсена.
47. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
48. Меня злит, когда меня торопят.
49. Меня легко привести в замешательство.
50. Я легко теряю терпение с людьми.
51. Часто мне хочется умереть.
52. Бывало, что я бросал начатое дело, т. к. боялся, что не справлюсь с ним.
53. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
54. К вопросам религии я отношусь равнодушно – они не занимают меня.
55. Приступы плохого настроения бывают у меня редко.
56. Я заслуживаю сурового наказания за свои поступки.
57. У меня были очень необычные мистические переживания.
58. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
59. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
60. Я человек нервный, легко возбудимый.
61. Мне кажется, что обоняние у меня такое же, как и у других людей (не хуже).
62. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
63. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.

64. Большую часть времени я чувствую себя усталым.
65. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
66. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.
67. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
68. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
69. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы. Переход к любым другим условиям жизни, работы, учебы кажется невыносимым.
70. Мне кажется, что по отношению именно ко мне особенно часто поступают несправедливо.
71. Я часто чувствую себя несправедливо обиженным.
72. Мое мнение часто не совпадает с мнением окружающих.
73. Я часто испытываю чувство усталости от жизни и мне не хочется жить.
74. На меня обращают внимание чаще, чем на других.
75. У меня бывают головные боли и головокружения из-за переживаний.
76. Часто у меня бывают периоды, когда мне никого не хочется видеть.
77. Мне трудно проснуться в назначенный час.
78. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.
79. В детстве я был капризный и раздражительный.
80. Мне известны случаи, когда мои родственники лечились у невропатологов и психиатров.
81. Иногда я принимаю валериану, элениум, кодеин и другие успокаивающие средства.
82. У меня есть судимые родственники.
83. В юности я имел приводы в милицию.
84. Случалось, что мне грозили оставить в школе на второй год.
- Обработка данных.** Подсчитывается сумма баллов — правильных

ответов, соответствующих «ключу»:

«ДА» – вопросы: 3, 5, 7, 10, 16, 20, 26, 27, 29, 32, 35, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84;

«НЕТ» – вопросы: 2, 12, 13, 14, 19, 21, 23, 24, 28, 30, 33, 37, 38, 39, 46, 49, 54, 55, 58, 61, 68.

Методика содержит шкалу для проверки искренности ответов:

«ДА» – вопросы: 1, 4, 6, 8, 9, 11, 15, 17, 18, 22, 25, 31, 84, 36, 43.

Начинать подведение итогов следует с проверки искренности ответов респондента: если по данной шкале опрашиваемый набирает 5 и более баллов, результаты опроса недостоверны, ибо человек хочет казаться лучше, а не таким, какой он есть.

Интерпретация результатов. Нервно-психическая неустойчивость тем больше, чем больше получено баллов. Полученный балл надо соотнести с условной шкалой НПУ; она в интервале от 1 до 10 пунктов. Чем больше значение пункта условной шкалы, тем больше нервно-психическая устойчивость.

Полученные баллы НПУ	Пункты шкалы НПУ	Значение пунктов шкалы НПУ
33 и более	1	Чем ниже пункт, тем больше нервно-психическая неустойчивость в стрессе
29-32	2	
23-28	3	
18-22	4	
14-17	5	среднее
11-13	6	Чем выше пункты, тем больше нервно-психическая устойчивость и меньше риск дезадаптации в стрессе
9-10	7	
7-8	8	
6	9	
5 и менее	10	

Шкала оценки влияния травматического события
(Impact of Event Scale-R)

Имя _____

Образование _____

Семейное положение _____ Возраст _____

Пол: М Ж Дата «_» _____ 200 г.

ИНСТРУКЦИЯ: Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами _____)

Для этого выберите и обведите кружком цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение последних 7 дней, включая сегодняшний.

1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня
заново переживать все случившееся.

никогда		редко		иногда		часто
О	1	3	5			

2. Я не мог спокойно спать по ночам

никогда	редко		иногда	часто
О	1	3	5	

3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось

никогда	редко		иногда	часто
О	1	3	5	

4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев

никогда	редко		иногда	часто
О	1	3	5	

5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем

никогда	редко		иногда	часто
О	1	3	5	

6. Я думал о случившемся против своей воли

никогда	редко		иногда	часто
О	1	3	5	

7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

11. Я	старался	не	думать	о	случившемся
никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать.

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации

никогда	редко		иногда		часто
0		1		3	5

15. Мне было трудно заснуть

никогда	редко		иногда		часто
О		1		3	5

16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией

никогда редко		иногда часто	
О	1	3	5

17. Я старался вытеснить случившееся из памяти

никогда редко		иногда часто	
О	1	3	5

18. Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо

никогда редко		иногда	часто
О	1	3	5

19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения – потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т. п.

никогда редко		иногда часто	
О	1	3	5

20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось

никогда редко		иногда	часто
О	1	3	5

21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое

никогда редко		иногда часто	
О	1	3	5

22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся

никогда редко		иногда часто	
О	1	3	5

Приложение 3.

Примерный перечень тем рефератов

1. История развития медитации в древнем Китае (в древней Индии, в древнем Египте, в древней Греции)
2. Медитация в контексте современной науки.
3. Практическая значимость медиации для клинической практики.
4. Историческое развитие биологической обратной связи (на примере работ отечественных и зарубежных ученых).
5. Возможности реабилитации при ПТСР.

Приложение 4.

Примерный перечень вопросов для подготовки к экзамену по ДС «Психология стресса»

Вопросы для подготовки к экзамену по ДС «Психология стресса» для студентов 5 курса ФП СГУ отделения «клиническая психология»

1. Концепция стресса Г.Селье.
2. Предпосылки создания и распространения концепции стресса.
3. Эмоционально-поведенческий синдром стресса.
4. Вегетативный субсиндром стресса.
5. Социально-психологический субсиндром стресса.
6. Когнитивный субсиндром стресса.
7. История развития медитации.
8. Теоретическое обоснование клинического применения нервно-мышечной релаксации.
9. Механизмы развития стресса.
10. Общая структура изменений общения в экстремальных условиях.
11. Индивидуальные различия эмоционально-поведенческой активности при стрессе
12. Микроструктура активной формы эмоционально-поведенческого субсиндрома стресса.
13. Пассивная форма эмоционально-поведенческого реагирования при стрессе.
14. Понятие феномена «активной гуманизации».
15. Меры предосторожности и нежелательные побочные эффекты релаксационных методов (утрата контакта с реальностью, реакция на лекарственные препараты, панические состояния, преждевременное высвобождение вытесненных представлений, возникновение чрезмерного трофотропного состояния).
16. Типы медитации. Механизмы действия.
17. Терапевтические критерии состояния сверхсознания.
18. Исследование клинических показаний и эффектов медитации.
19. Процедура проведения медитации: подготовка к работе.
20. Процедура проведения медитации: компоненты медитации.
21. Процедура проведения медитации: образец протокола.
22. Техники медитации
23. История нервно-мышечной релаксации.
24. Механизмы действия нервно-мышечной релаксации.
25. Процедура применения нервно-мышечной релаксации.
26. Последовательные этапы расслабления для каждой мышцы.
27. Основные типы дыхания.
28. Механизмы действия произвольной регуляции дыхания для снижения

- чрезмерного стресса.
29. Типы биологической обратной связи: электромиографическая биообратная связь.
 30. Типы биологической обратной связи: электроэнцефалографическая биообратная связь.
 31. Типы биологической обратной связи: электрокожная биообратная связь.
 32. История лечебной физкультуры
 33. Программа физических тренировок. Типы упражнений.
 34. Провести сеанс нервно-мышечной релаксации.
 35. Провести сеанс с использованием медитативной техники (на выбор).
 36. Провести упражнения произвольной регуляции дыхания.
 37. Общие закономерности изменения познавательных процессов при длительном стрессе: эмоциональность мышления при стрессе.
 38. Общие закономерности изменения познавательных процессов при длительном стрессе: активизация мышления при стрессе.
 39. Общие закономерности изменения познавательных процессов при длительном стрессе: «уход» от решения стрессогенных проблем.
 40. Сон и стресс.
 41. Оптимальный уровень стресса (с позиции работы Г. Селье «Стресс без дистресса»).
 42. Проблема адаптации в современной психологической науке.
 43. Основные положения концепции Г. Селье.
 44. Фазы стресса.
 45. Основные положения Г. Селье «Очерки об адаптационном синдроме».
 46. Проблема стресса в периодических изданиях.
 47. Индивидуальные различия пациентов при релаксации.
 48. Общие закономерности усиления превентивно-защитной активности при стрессе.
 49. Индивидуальные особенности защитных вегетативных реакций.
 50. Формы вегетативной превентивно-защитной активности.
 51. Типы динамики вегетативных функций при стрессе.
 52. Современные представления о физиологических механизмах развития стресса.
 53. Классификации отечественных ученых для детального анализа стресса.
 54. Виды стресса.
 55. Подготовка к применению физической активной формы НМР.
 56. Комплекс упражнений для нервно-мышечной релаксации (антистрессовая релаксация, временная шкала прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона, простое расслабление мышц, расслабленное сосредоточение, релаксация по М. Шлепецкому; АТ; релаксация умственной деятельности, релаксация с элементами медитации; релаксация с сосредоточением на дыхании).
 57. Историческая справка развития произвольной регуляции дыхания для снижения чрезмерного стресса.
 58. Практическое применение произвольной регуляции дыхания для снижения

чрезмерного стресса.

59. Социально-психологические исследования стресса.
60. Биологическая обратная связь при лечении стрессовой реакции: общая характеристика и история развития.
61. Механизм действия оздоровительного отреагирования стресса посредством физических упражнений.
62. Исследования клинических возможностей и влияние физических тренировок.
63. Количественный аспект потребности в физических упражнениях.
64. Предостережения при проведении физических тренировок.
65. Психодиагностическая методика для исследования уровня стресса.
66. Психодиагностическая методика для исследования последствий стресса.
67. Общая характеристика посттравматического стрессового расстройства.
68. Методы исследования посттравматического стрессового расстройства.
69. ПТСР: последствия и возможности помощи.
70. Критерии ПТСР в МКБ-10 и DSM-IV.
71. Физиологические последствия слишком сильного стресса.
72. Роль личностных особенностей в развитии психологического стресса.

Приложение 5.

Уникальный идентификатор НТЗ: ID = 42273665

Наименование НТЗ: Психология стресса

Расположение НТЗ: A:\Психология стресса.ast

Авторский коллектив НТЗ: Козлова Э.М.

Дата создания НТЗ: 12/1/2006

Дата конвертации НТЗ: 11/29/2006

СОДЕРЖАНИЕ И СТРУКТУРА ТЕСТОВЫХ МАТЕРИАЛОВ

Тематическая структура

Биологическая обратная связь при лечении стрессовой реакции

Введение. Концепция стресса Г.Селье. Вегетативный субсиндром.

Использование релаксационных методов в клинике.

Когнитивный субсиндром стресса

Медитация.

Нервно-мышечная релаксация.

Общение при стрессе.

Оздоровительное отреагирование стресса посредством физических упражнений.

Посттравматическое стрессовое расстройство.

Произвольная регуляция дыхания для снижения чрезмерного стресса

Эмоционально-поведенческий субсиндром. Последствия очень сильного стресса.

Содержание тестовых материалов

Биологическая обратная связь при лечении стрессовой реакции

1. Задание {{ 62 }} ТЗ № 62

Метод, посредством которого собирается информация о биологической деятельности индивида, обрабатывается и посылается обратно к нему, так, что он в результате может изменить эту деятельность:

- ☐ нервно-мышечная релаксация
- ☐ дыхательный контроль;
- ☐ медитация;
- ☒ биологическая обратная связь

2. Задание {{ 63 }} ТЗ № 63

Термин "биообратная связь" был введен на первом ежегодном собрании Общества по изучению биообратной связи в...

- ☐ 1969 год;
- ☐ 1949 год;
- ☒ 1959 год;
- ☐ 1979 год

3. Задание {{ 64 }} ТЗ № 64

Какие ученые первыми исследовали проблему применения биологической обратной связи как вспомогательного средства для общего расслабления и для лечения головных болей нервно-мышечного происхождения:

- ☐ Gatchel и Price;
- ☐ Green и Green;
- ☒ Budzynski и Stoyva;
- ☐ Taub и Stroebel

4. Задание {{ 65 }} ТЗ № 65

В "тренинге культивируемого низкого уровня реактивности" используется биообратная связь от...

- ☐ мышц запястий;
- ☐ мышц щиколоток;
- ☒ мышц лба;
- ☐ мышц живота

5. Задание {{ 66 }} ТЗ № 66

Биообратная связь по ЭМГ может быть использована для...

- ☒ возможности пациента научиться расслаблять конкретную мышцу или группу мышц;
- ☒ вызывания более генерализованной релаксации
- ☒ понижения реактивности;
- ☐ реактивности

6. Задание {{ 67 }} ТЗ № 67

В каком году Hans Berger разработал метод графической регистрации электрической активности мозговых волн:

- ☐ 1959 год;
- ☒ 1924 год;
- ☐ 1934 год;
- ☐ 1920 год

7. Задание {{ 68 }} ТЗ № 68

Волны, которые характеризуются частотой 13 или более циклов в секунду и низкой амплитудой, а также наблюдаются в состоянии бодрствования, настороженности:

- ☐ альфа-волны;
- ☐ тета-волны;
- ☒ бета-волны;
- ☐ дельта-волны

8. Задание {{ 69 }} ТЗ № 69

Главная цель ЭЭГ при терапии стресса заключается в ...

- ☒ увеличение альфа-активности;
- ☐ увеличение тета-активности;
- ☐ уменьшение альфа-активности
- ☐ увеличение дельта-активности

9. Задание {{ 70 }} ТЗ № 70

Изменение электрических характеристик кожи является функцией...

- ☐ вегетативной нервной системы;
- ☐ только парасимпатической нервной системы
- ☒ только симпатической нервной системы;
- ☐ ЦНС

10. Задание {{ 125 }} ТЗ № 125

Какие ученые первыми исследовали возможности использования температурной биообратной связи в условиях клиники

- ☐ Gatchel и Prise
- ☒ Green и Green
- ☐ Budzynski и Stoyva
- ☐ Taub и Stroebel

11. Задание {{ 126 }} ТЗ № 126

Прибор, улавливающий электрические импульсы посредством специальных металлических датчиков(электродов), которые накладываются на кожу при помощи электродного крема:

- ☒ Аппарат ЭМГ
- ☐ Аппарат ЭЭГ
- ☐ Аппарат ЭКГ
- ☐ Флюорограф

12. Задание {{ 127 }} ТЗ № 127

При обучении более генерализованной релаксации электроды можно помещать на:

- ☒ Оба запястья
- ☒ Обе щиколотки
- ☐ Шею
- ☐ Обе икроножные мышцы

13. Задание {{ 128 }} ТЗ № 128

Показаниями к применению температурной биообратной связи являются:

- ☒ Болезнь Рейно
- ☒ Мигрень
- ☒ Артериальная гипертония
- ☐ Язва желудка

14. Задание {{ 129 }} ТЗ № 129

Метод графической регистрации электрической активности мозговых волн был разработан:

- ☒ Бергером
- ☐ Щульцем
- ☐ Джекобсоном

☐ Павловым

15. Задание {{ 130 }} ТЗ № 130

Волны, характеризующиеся частотой от 8 до 13 циклов в секунду и амплитудой от 20 до 100 мКв, характерные для состояния релаксации:

- ☐ бета-волны
- ☐ тета-волны
- ☒ альфа-волны
- ☐ дельта-волны

16. Задание {{ 131 }} ТЗ № 131

Волны, характеризующиеся частотой 4-8 циклов в секунду и амплитудой 20 и менее мКв, отмечающиеся при сновидном фантазировании:

- ☐ бета-волны
- ☒ тета-волны
- ☐ альфа-волны
- ☐ дельта-волны

Введение. Концепция стресса Г.Селье. Вегетативный субсиндром.

17. Задание {{ 1 }} ТЗ № 1

Стресс характерен:

- ☐ только для животных
- ☐ только для людей
- ☒ для людей и животных
- ☐ для людей, животных, растений

18. Задание {{ 2 }} ТЗ № 2

Кто ввел впервые термин "стресс":

- ☐ Горизонтов
- ☒ Г. Селье
- ☐ Мейсон
- ☐ Митюшев

19. Задание {{ 3 }} ТЗ № 3

Неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование – это:

- ☐ адаптация
- ☐ гомеостаз
- ☒ стресс
- ☐ рефлекс

20. Задание {{ 4 }} ТЗ № 4

Стресс – это ...

Правильные варианты ответа: неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование;

21. Задание {{ 5 }} ТЗ № 5

В определении стресса рассматривается:

- ☒ стресс как каждый ответ организма на любое действие окружающей среды
- ☐ стресс как адаптационный механизм
- ☐ стресс как независимая переменная
- ☒ стресс как зависимая переменная

22. Задание {{ 6 }} ТЗ № 6

Стресс – общая адаптивная реакция организма, развивающаяся в ответ на угрозу нарушения гомеостаза. Кто предложил данное определение?

- ☐ Г. Селье
- ☐ Суворова В.В.
- ☒ Горизонтов
- ☐ Павлов

23. Задание {{ 7 }} ТЗ № 7

Суворова В. В. рассматривает стресс как :

- ☒ функциональное состояние организма
- ☐ Физиологическое состояние организма
- ☐ психическое состояние организма
- ☐ Физическое состояние организма

24. Задание {{ 8 }} ТЗ № 8

Митюшев и Шаляпин понимают под стрессом процесс организма, т. е. рассматривают как начальный этап приспособления организма.

Правильные варианты ответа: мобилизация защитных сил;

25. Задание {{ 9 }} ТЗ № 9

Стресс оказывает на человека влияние, какое?

- ☐ только положительное
- ☐ только отрицательное
- ☒ положительное и отрицательное
- ☐ стимулирующее

26. Задание {{ 10 }} ТЗ № 10

Фурдуй предложил:

- ☐ классификацию стресса
- ☒ классификацию стресса в зависимости от уровня организации животных
- ☐ классификацию стресса в зависимости от уровня организации человека
- ☐ классификацию стресса в зависимости от уровня организации животных и человека

27. Задание {{ 11 }} ТЗ № 11

Детальная классификация стресса в зависимости от уровня организации животных по Фурдую включает:

- ☐ одноклеточные животные
- ☒ многоклеточные животные (с НС, без НС, человек)
- ☐ многоклеточные животные (с НС, человек)
- ☐ многоклеточные животные (человек)

28. Задание {{ 12 }} ТЗ № 12

В зависимости от уровня протекания стресс может быть:

- ☒ молекулярный
- ☒ биоценоотический
- ☒ клеточный
- ☐ уровневый
- ☒ организменный
- ☒ популяционный

29. Задание {{ 13 }} ТЗ № 13

Формы стрессового раздражения по Оршанскому:

- ☒ физиологический
- ☐ эмоциональный
- ☒ патологический
- ☐ физический

30. Задание {{ 14 }} ТЗ № 14

Синдром ответа на повреждение (как таковое), выделенный Г. Селье включает:

- ☐ повышение активности гипофиза
- ☒ увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников
- ☐ увеличение активности вилочковой железы (тимуса) и лимфотических желез
- ☒ уменьшение активности вилочковой железы (тимуса) и лимфотических желез
- ☒ точечное кровоизлияние, кровоточащие язвочки слизистой желудка и кишечника

31. Задание {{ 15 }} ТЗ № 15

Триада стресса по Селье Г. включает:

- ☒ резистентность
- ☒ мобилизация
- ☐ адаптация
- ☒ истощение

32. Задание {{ 16 }} ТЗ № 16

Расположите стадии стресса по порядку возникновения:

- 1: Мобилизация
- 2: Резистентность
- 3: Истощение

33. Задание {{ 17 }} ТЗ № 17

Какие субсиндромы включает стресс?

- ☒ субсиндром изменения мышления
- ☒ социальный субсиндром
- ☒ эмоциональный субсиндром
- ☐ физиологический субсиндром
- ☒ вегетативный субсиндром

34. Задание {{ 18 }} ТЗ № 18

Типы взаимоотношений НС с психикой:

- ☐ контролирующая вегетативная активность
- ☒ обслуживающая вегетативная активность
- ☒ превентивно- защитная вегетативная активность
- ☒ регулирующая вегетативная активность

35. Задание {{ 19 }} ТЗ № 19

Основные формы реакций вегетативной защиты при стрессе:

- ☒ усиление экскретных эвакуаторных функций
- ☐ уменьшение экскретных эвакуаторных функций
- ☒ усиление гемоциркулярных функций
- ☐ уменьшение гемоциркулярных функций
- ☒ усиление регинаторных функций
- ☐ компенсаторные защитные реакции

36. Задание {{ 20 }} ТЗ № 20

Внешними индикаторами стресса являются:

- ☒ выражение лица
- ☒ жесты
- ☒ движение тела
- ☒ характеристики голоса
- ☒ содержание и структура речи
- ☐ расширение зрачков

37. Задание {{ 21 }} ТЗ № 21

После восприятия, интерпретации стрессора у человека начинаются внутренние процессы, направленные на преодоление стресса, и их называют ...

Правильные варианты ответа: процессами адаптации;

38. Задание {{ 22 }} ТЗ № 22

Типы адаптации человека в стрессовой ситуации:

- ☒ агрессивное поведение
- ☒ борьба с угрожающей ситуацией
- ☒ избегание ситуации угрозы
- ☒ бездействие
- ☐ изменение отношений с окружающей средой
- ☐ утрата чувства безопасности

39. Задание {{ 23 }} ТЗ № 23

Один и тот же стресс может вызвать различные реакции у людей. Г.Селье назвал их:

Правильные варианты ответа: факторы обуславливания;

40. Задание {{ 176 }} ТЗ № 176

Превентивно-защитная вегетативная активность включает:

- ☒ антибиотическую активность
- ☒ регенерирующую активность
- ☒ активность сердечно-сосудистой системы
- ☐ активность эндокринной системы
- ☒ кровоостанавливающие реакции
- ☒ экскреторно-эвакуаторная активность

41. Задание {{ 177 }} ТЗ № 177

Психические процессы базируются на ... механизмах:

- ☐ физических
- ☒ физиологических
- ☐ биологических
- ☐ физиологических и биологических

42. Задание {{ 178 }} ТЗ № 178

В ожидании опасности многие формы защитной вегетативной активности:

- ☒ усиливаются
- ☐ ослабевают
- ☐ постепенно возрастают
- ☐ усиливаются, затем ослабевают

43. Задание {{ 179 }} ТЗ № 179

Пассивное реагирование приводит к распаду:

- ☐ адаптационного барьера
- ☒ адаптационного резерва
- ☐ защитных механизмов
- ☐ гомеостаза

44. Задание {{ 180 }} ТЗ № 180

... возникает тогда, когда имеется опасность еще не начавшего действовать вредоносного фактора.

Правильные варианты ответа: превентивно-защитная реакция;

45. Задание {{ 181 }} ТЗ № 181

Экстремальный стимул – это ...

Правильные варианты ответа: первичный стрессогенный фактор;

Использование релаксационных методов в клинике.

46. Задание {{ 46 }} ТЗ № 46

Трофотропное состояние – это...

- ☐ состояние общей релаксации, опосредованное симпатической нервной системой;
- ☒ состояние общей релаксации, опосредованное парасимпатической нервной системой;
- ☐ состояние пониженной активности лимбической и гипоталамической областей;
- ☐ состояние повышенной активности лимбической и гипоталамической областей;

47. Задание {{ 47 }} ТЗ № 47

К терапевтическим эффектам глубокой релаксации относятся:

- ☒ она является полной противоположностью симпатической стрессовой реакции;
- ☐ она способствует повышению активности лимбической области;
- ☒ она способствует восстановлению психофизиологического функционирования организма;
- ☐ она способствует понижению активности лимбической области и гипоталамической области;

48. Задание {{ 48 }} ТЗ № 48

К самым значительным изменениям в структуре личности пациентов, практикующих релаксационные методы в течение продолжительного периода времени относятся:

- ☐ смещение по направлению к внутреннему локусу контроля эмоциональных состояний;
- ☒ смещение по направлению к внутреннему локусу контроля поведения;
- ☒ развитие адекватной самооценки
- ☐ повышение уровня притязаний

49. Задание {{ 49 }} ТЗ № 49

Утрата контакта с реальностью как реакция на обучение релаксации характеризуется...

- ☒ развитием острых галлюцинаторных состояний;
- ☒ возникновением бреда;
- ☒ возникновением непсихических диссоциативных реакций;
- ☐ психосоматическими расстройствами

50. Задание {{ 50 }} ТЗ № 50

Панические реакции при релаксации характеризуются...

- ☒ высоким уровнем тревоги;
- ☒ частичной утратой чувства безопасности;
- ☐ возникновением диссоциативных реакций;
- ☐ возникновением бреда

51. Задание {{ 51 }} ТЗ № 51

Физиологи, научно обосновавшие процесс сознательного ауторегуляционного вмешательства

- ☐ Уоллес;
- ☐ Бенсон
- ☒ И.П. Павлов;
- ☐ Сеченов

52. Задание {{ 52 }} ТЗ № 52

Кому принадлежат эти слова: "С точки зрения нашего современного научного понимания человек является исключительной системой, поскольку его отличает высшая ступень ауторегуляции."

- ☐ Уоллес;
- ☐ Бенсон;
- ☒ И.П. Павлов;
- ☐ У. Кеннон

53. Задание {{ 53 }} ТЗ № 53

Методики, вызывающие глубокую релаксацию не рекомендованы больным...

- ☐ с невротическими синдромами;
- ☐ с врожденным психическим дефектом;
- ☒ с аффективными психозами;
- ☒ с психозами с нарушениями мышления

54. Задание {{ 54 }} ТЗ № 54

Что происходит при усилении интегративного осмысления информации, которой располагает субъект?

- ☐ дикомпозиционная концептуализация стрессогенной ситуации;
- ☐ расширение сферы осмысляемой информации, поступающей к индивиду в текущий момент;
- ☐ чередование композиционной и декомпозиционной концептуализации стрессогенной ситуации;
- ☒ композиционная концептуализация стрессогенной ситуации

55. Задание {{ 132 }} ТЗ № 132

Автоматическая реакция тревоги состоит из 3-х последовательных фаз:

- ☐ Деадаптация
- ☒ Импульс
- ☐ Понижение активности
- ☒ Стресс
- ☒ Адаптация

56. Задание {{ 133 }} ТЗ № 133

Результаты ответной реакции на тревогу открыл:

Правильные варианты ответа: Кеннон;

57. Задание {{ 134 }} ТЗ № 134

Американский физиолог, раскрывший характеристики ответных реакций на тревогу:

- ☐ Павлов
- ☐ Селье
- ☒ Кеннон
- ☐ Уолес

58. Задание {{ 135 }} ТЗ № 135

Действие релаксации на деятельность НС:

- ☐ расслабляющее
- ☒ активизирующее
- ☐ возбуждающее
- ☐ угнетающее

59. Задание {{ 136 }} ТЗ № 136

Клиническое применение поведенческих релаксационных методик используется при лечении:

- ☐ бреда и галлюцинаций
- ☒ чрезмерного стресса и его клинических проявлений
- ☐ простудных заболеваний
- ☐ депрессивного состояния

60. Задание {{ 137 }} ТЗ № 137

Чему может способствовать постоянное применение релаксационных методов?

- ☒ возникновению состояния пониженной активности лимбической области
- ☒ пониженной активности гипоталамической области
- ☐ возникновению глубокого сна
- ☐ повышению активности лимбической и гипоталамической областей

61. Задание {{ 138 }} ТЗ № 138

Нежелательные побочные эффекты, возникающие при обучении поведенческой релаксации:

- ☒ утрата контакта с реальностью
- ☒ реакция на лекарственные препараты
- ☒ панические состояния
- ☐ галлюцинации
- ☐ депрессивные состояния
- ☒ возникновение чрезмерного трофотропного состояния

62. Задание {{ 139 }} ТЗ № 139

Трофотропное состояние, вызванное у пациента может:

- ☐ ослабить действие препарата
- ☒ усилить действие препарата
- ☐ не изменяет действие препарата
- ☐ усилить побочные действия

63. Задание {{ 140 }} ТЗ № 140

Ряд феноменов, которые наблюдаются при чрезмерном трофотропном состоянии:

- ☐ паническое состояние
- ☒ состояние временной гипотензии
- ☐ состояние температурной гипертензии
- ☒ состояние температурной гипогликемии
- ☒ возбуждение и утомление

64. Задание {{ 141 }} ТЗ № 141

Острое состояние пониженного артериального давления, которое может вызвать головокружение, головную боль или кратковременный обморок называется:

- ☐ гипогликемией
- ☒ временной гипотензией
- ☐ временной гипертензией
- ☐ гипертермией

65. Задание {{ 142 }} ТЗ № 142

Состояние пониженного артериального давления, которое вызывает головокружение, головные боли или кратковременные обмороки называется

Правильные варианты ответа: температурной гипотензией;

66. Задание {{ 143 }} ТЗ № 143

Как можно предотвратить состояние временной гипогликемии:

- ☐ выспаться
- ☒ принять пищу
- ☐ сделать физические упражнения
- ☐ принять солнечные ванны

67. Задание {{ 144 }} ТЗ № 144

Состояние временной гипогликемии – это

Правильные варианты ответа: понижение сахара в крови;

68. Задание {{ 145 }} ТЗ № 145

... .. вызывает в организме обычным рефлекторным путем естественное ответное действие-реакцию А или В

Правильные варианты ответа: стрессовая реакция;

69. Задание {{ 146 }} ТЗ № 146

При лечении чрезмерного стресса и его клинических проявлений используют:

- ☒ проведение релаксационных методик
- ☐ антидепрессанты
- ☐ нейролептики
- ☐ физические нагрузки

Когнитивный субсиндром стресса

70. Задание {{ 55 }} ТЗ № 55

Для композиционной концептуализации стрессогенной ситуации характерно...

- ☐ расширение сферы осмысливаемой информации, поступающей к индивиду в текущий момент;
- ☐ активизация дискурсивно-логического мышления;
- ☒ схематизированное представление о ситуации;
- ☐ активизация наглядно-образного мышления

71. Задание {{ 56 }} ТЗ № 56

К проявлениям "ухода" от решения стрессогенных проблем не относятся

- ☒ мыслительная растерянность, эмоциональная подавленность;
- ☐ решение частных, подготовительных подпроблем;
- ☐ формы изменения активности мышления;
- ☒ формы усиления активности мышления

72. Задание {{ 57 }} ТЗ № 57

Развитие стрессовых трансформаций мышления может приводить к...

- ☐ гиперактивизации мышления;
- ☐ активизации мышления;
- ☒ возникновению инсайтных форм мышления;
- ☒ "уходу" от решения стрессогенной проблемы

73. Задание {{ 58 }} ТЗ № 58

Для инсайтного мышления не характерно

- ☐ "субсенсорная" чувствительность;
- ☐ феномен "замедления" времени;
- ☒ поиск нетривиальных задач и решений;
- ☐ контролируемые сознанием стрессовые иллюзии

74. Задание {{ 59 }} ТЗ № 59

К решению побочных проблем относятся

- ☒ отвлекающие пристрастия;
- ☒ поиск нетривиальных задач и решений;
- ☒ мистические акции;
- ☐ "субсенсорная" чувствительность
- ☐ феномен "замедления" времени

75. Задание {{ 60 }} ТЗ № 60

Навязчивые мысли, образы, бесплотное фантазирование, мнительность, – явления характерные для...

- ☐ активизации мышления;
- ☒ гиперактивизации мышления;
- ☐ инсайтного мышления;
- ☐ "ухода" от решения стрессогенных проблем

76. Задание {{ 61 }} ТЗ № 61

Для инсайтного мышления характерно

- ☒ феномен "замедления" времени;
- ☐ мистические акции;
- ☒ взаимная экспансия сознания и неосознаваемых психических процессов;
- ☐ поиск нетривиальных задач и решений

77. Задание {{ 147 }} ТЗ № 147

К проявлениям влияния эмоций на мышление относятся

- ☒ возникновение дискомфорта, окраски мыслительных образов, представлений
- ☐ возникновение инсайта
- ☐ возникновение галлюцинаций
- ☐ возникновение заторможенных мыслительных процессов

78. Задание {{ 148 }} ТЗ № 148

К изменениям мышления при стрессе относятся

- ☒ активизация мышления субъекта с адекватным отражением действительности в сознании субъекта
- ☒ гиперактивизация мышления
- ☒ "уход" от решения стрессогенной проблемы
- ☐ возникновение заторможенности мыслительных процессов

79. Задание {{ 149 }} ТЗ № 149

Какое значение имеет активизация мышления при стрессе

- ☒ адаптационное
- ☐ патогенное
- ☐ информативное
- ☒ защитное

80. Задание {{ 150 }} ТЗ № 150

Какие существуют виды активизации мыслительных процессов при стрессе

- ☒ экстравертированный
- ☐ социально-положительный
- ☒ интровертированный
- ☐ социально-отрицательный

81. Задание {{ 151 }} ТЗ № 151

Развитие стрессовых трансформаций мышления может привести к

- ☒ возникновению инсайтных форм мышления
- ☒ "уход" от решения стрессогенных проблем
- ☐ творческой активности
- ☐ поиску способа мести

82. Задание {{ 152 }} ТЗ № 152

Со стрессовой гиперактивностью мышления связывают

Правильные варианты ответа: гипернастороженность;

83. Задание {{ 153 }} ТЗ № 153

"Уход" от решения стрессогенных проблем, от борьбы со стрессом может происходить путем уменьшения...

Правильные варианты ответа: мыслительной активности;

84. Задание {{ 154 }} ТЗ № 154

К гиперактивации мышления при стрессе относят

- ☒ навязчивые мысли, образы, бесплодное фантазирование
- ☒ мнительность, гипернастороженность
- ☐ отвлекающие пристрастия и галлюцинации
- ☐ уменьшение активности мышления

85. Задание {{ 155 }} ТЗ № 155

Какая фаза сна является наиболее уязвимой при стрессе?

- ☒ парадоксального сна
- ☐ медленного сна
- ☐ поверхностного сна
- ☐ глубокого сна

Медитация.

86. Задание {{ 76 }} ТЗ № 76

... – процесс размышления, планирование, обдумывание или рефлексии.

Правильные варианты ответа: медитация;

87. Задание {{ 77 }} ТЗ № 77

По восточным представлениям медитация представляет собой...

Правильные варианты ответа: процесс, по средствам которого достигается "просветление";

88. Задание {{ 78 }} ТЗ № 78

Медитация – процесс роста, дающий человеку новый опыт в сферах:

- ☒ интеллектуальной;
- ☒ философской;
- ☒ экзистенциальной;
- ☐ эмоциональной;
- ☐ познавательной

89. Задание {{ 79 }} ТЗ № 79

Самые ранние письменные источники, посвященные медитации относятся примерно к:

- ☐ 1200 году до н.э.
- ☐ 1700 году до н.э.
- ☒ 1500 году до н.э.
- ☐ 1600 году до н.э.

90. Задание {{ 80 }} ТЗ № 80

Основные виды медитации:

- ☒ медитация на мантрах;
- ☒ медитация янтрах;
- ☒ медитация на чакрах;
- ☒ концентрация на собственном теле;

- ☒ концентрация на дыхании;
- ☒ концентрация на музыке;
- ☐ медитация на фантазиях;
- ☐ медитация на стрессоре;

91. Задание {{ 81 }} ТЗ № 81

Общее звено, присущее всем формам медитации – это..., предназначенный для концентрации внимания

- ☐ предмет;
- ☐ субъект;
- ☒ объект;
- ☐ стимул

92. Задание {{ 82 }} ТЗ № 82

Какие этапы не включает процесс медитации:

- ☐ релаксация;
- ☐ спутанное мышление;
- ☐ затрудненное дыхание;
- ☒ облегченное дыхание;
- ☐ отстраненное наблюдение;
- ☐ высшее состояние сознания

93. Задание {{ 83 }} ТЗ № 83

Расположите по порядку стадии, наблюдаемые в медитационном процессе:

- 1: Состояние более выраженной релаксации
- 2: Отстраненное наблюдение
- 3: Попытка достижения состояния сверхсознания
- 4: Состояние сверхсознания

94. Задание {{ 84 }} ТЗ № 84

Какими компонентами характеризуется природа состояния сверхсознания?

- ☐ хорошее настроение; ощущение единства с окружением; непередаваемость ощущений; обострившееся восприятие реальности и смысла окружающего;
- ☐ изменение пространственно-временных соотношений; хорошее настроение; ощущение единства с окружением; непередаваемость ощущений;
- ☐ обострившееся восприятие реальности и смысла окружающего
- ☒ хорошее настроение; парадоксальность(принятие вещей, которые кажутся парадоксальными обыденном сознанию); изменение пространственно-временных соотношений; ощущение единства с окружением; непередаваемость ощущений; обострившееся восприятие реальности.

95. Задание {{ 156 }} ТЗ № 156

Медитация должна проводиться

- ☒ натощак
- ☒ через 1-2 часа после еды
- ☐ в любое время
- ☐ сразу после еды
- ☒ до завтрака
- ☒ перед ужином

96. Задание {{ 157 }} ТЗ № 157

Оптимальная длительность медитации:

- ☐ 10-15 минут
- ☐ 20-30 минут
- ☒ 40-45 минут
- ☐ 60 минут и более

97. Задание {{ 158 }} ТЗ № 158

Медитация при помощи слова или фразы – это медитация на

- ☐ чакрах
- ☒ мантрах
- ☐ позе
- ☐ дыхании

98. Задание {{ 159 }} ТЗ № 159

Какие основные цвета используются в цветомедитации

- ☒ красный
- ☒ оранжевый
- ☒ зеленый
- ☒ желтый
- ☒ голубой
- ☐ белый
- ☐ коричневый
- ☒ синий
- ☒ фиолетовый

99. Задание {{ 160 }} ТЗ № 160

Для того чтобы успокоиться и привести себя в равновесие в цветомедитации используется цвет

- ☐ желтый
- ☐ оранжевый
- ☐ красный
- ☐ голубой
- ☒ зеленый
- ☐ синий

100. Задание {{ 161 }} ТЗ № 161

Для того чтобы восстановить и изменить себя в цветомедитации используется цвет

- ☐ оранжевый
- ☐ зеленый
- ☐ красный
- ☒ фиолетовый
- ☐ желтый
- ☐ синий

101. Задание {{ 162 }} ТЗ № 162

Сколько стадий в медитационном процессе

- ☐ 3
- ☒ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7

102. Задание {{ 163 }} ТЗ № 163

Клиническими показаниями к применению медитации являются

- ☒ генерализованное возбуждение, чрезмерный эрготропный тонус
- ☒ тревожное состояние и невроз тревоги
- ☒ фобии
- ☒ наркомания и алкоголизм
- ☒ эссенциальная гипертония
- ☐ шизофрения
- ☐ бред и галлюцинации

103. Задание {{ 164 }} ТЗ № 164

... .. – это вспомогательное средство, обычно слово или фраза.

Правильные варианты ответа: мантра;

Нервно-мышечная релаксация.

104. Задание {{ 85 }} ТЗ № 85

... – процесс выполнения индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры.

Правильные варианты ответа: нервно-мышечная релаксация;

105. Задание {{ 86 }} ТЗ № 86

Процесс нервно-мышечной релаксации обычно включает сокращения мышц...

- ☐ катотонические;
- ☒ изотонические;
- ☐ тонические;
- ☒ изометрические;

106. Задание {{ 87 }} ТЗ № 87

Метод нервно-мышечной релаксации восходит к основным источникам...

- ☒ "Прогрессивная релаксация" – методика, разработанная Э. Якобсоном
- ☒ научно-исследовательские протоколы, разработанные авторами
- ☐ исследование Joseph Wolpe (1958);
- ☒ исследование Bernstein и Borkoves (1979);
- ☒ клиническая работа Vinod Bhalla, применяющего метод нервно-мышечного вмешательства в рамках соматической медицины и при стрессе

107. Задание {{ 88 }} ТЗ № 88

Кто разработал метод прогрессивной релаксации?

- ☐ Joseph Wolpe;
- ☐ Морено
- ☒ Э. Якобсон;
- ☐ Vinod Bhalla

108. Задание {{ 89 }} ТЗ № 89

Э. Якобсон называет свой метод "прогрессивным" по следующим причинам:

- ☒ субъект обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять нервно-мышечную активность в конкретной мышце;
- ☐ субъект быстро научается ослаблять нервно-мышечное напряжение в конкретной мышце;
- ☒ субъект напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела;
- ☒ при постоянных занятиях у субъекта отмечается прогрессирующая тенденция к развитию "привычки отдыхать";
- ☐ субъект всегда расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела;

109. Задание {{ 90 }} ТЗ № 90

Э. Якобсон (1978) утверждает, что основное действие системы нервно-мышечной релаксации основывается на том, что пациент обучается различать ... и ...

Правильные варианты ответа: напряжение и расслабление;

110. Задание {{ 91 }} ТЗ № 91

Эффективность применения метода нервно-мышечной релаксации наиболее характерна при лечении...

- ☒ нарушений сна;
- ☒ головных болей, связанных с мышечным напряжением"
- ☒ субъективного чувства тревоги;
- ☒ эссенциальной гипертонии;
- ☐ депрессии;

111. Задание {{ 92 }} ТЗ № 92

... – это система последовательного и упорядоченного напряжения и расслабления основных мышечных групп всего тела, направленная на достижение состояния полного расслабления.

Правильные варианты ответа: прогрессивная нервно-мышечная релаксация;

112. Задание {{ 93 }} ТЗ № 93

В основе мышечной релаксации лежат следующие предпосылки:

- ☒ стресс и тревога связаны с мышечным напряжением;
- ☒ когда Вы уменьшаете мышечное напряжение, Вы тем самым значительно снижаете уровень стресса и тревоги
- ☒ нервно-мышечная релаксация представляет собой уникальную возможность сравнить и противопоставить напряжение расслаблению;
- ☐ произвольная регуляция дыхания для снижения чрезмерного стресса

113. Задание {{ 165 }} ТЗ № 165

Якобсон разработал

- ☐ метод произвольной регуляции дыхания
- ☒ метод прогрессивной релаксации
- ☐ метод биологической обратной связи
- ☐ метод медитации на мантрах

114. Задание {{ 166 }} ТЗ № 166

Для лечения нарушения сна, головных болей, связанных с мышечным напряжением; субъективного

чувства тревоги; эссенциальной гипертонии – наиболее эффективен

- ☐ метод биологической обратной связи
- ☐ метод произвольной регуляции дыхания
- ☒ метод нервно-мышечной релаксации
- ☐ метод медитации

115. Задание {{ 167 }} ТЗ № 167

Исследования Bernstein и Borkoves (1979) были направлены на разработку

- ☐ метода биологической обратной связи
- ☐ метода медитации
- ☐ метода произвольной регуляции дыхания
- ☒ метода нервно-мышечной релаксации

116. Задание {{ 168 }} ТЗ № 168

Автор, сообщивший о возможности снижения субъективного ощущения тревоги у индивидов в результате обучения их уменьшению напряжения поперечно-полосатых мышц

- ☐ С. Atlas
- ☒ Jacobson
- ☐ Vinod Bhalla
- ☐ Joseph Wolpe

117. Задание {{ 169 }} ТЗ № 169

Автор, разработавший общеоздоровительную программу мышечного "динамического напряжения"

- ☐ Jacobson
- ☐ Joseph Wolpe
- ☐ Vinod Bhalla
- ☒ С. Atlas

118. Задание {{ 170 }} ТЗ № 170

Автор, использовавший прогрессивную релаксацию в своем подходе к лечению фобий

- ☐ Jacobson
- ☐ С. Atlas
- ☒ Joseph Wolpe
- ☐ Vinod Bhalla

119. Задание {{ 171 }} ТЗ № 171

Создателем метода аутогенной тренировки считают

- ☐ Joseph Wolpe
- ☐ Jacobson
- ☐ М. Шлепецкий
- ☒ Г. Шульц

120. Задание {{ 172 }} ТЗ № 172

Временем создания метода аутогенной тренировки считают

- ☐ 1961 год
- ☐ 1970 год
- ☒ 1932 год
- ☐ 1952 год

121. Задание {{ 173 }} ТЗ № 173

Кто первым применил метод нервно-мышечного вмешательства в рамках соматической медицины

- ☐ Jacobson
- ☒ Vinod Bhalla
- ☐ С. Atlas
- ☐ Joseph Wolpe

122. Задание {{ 174 }} ТЗ № 174

Самовнушение в состоянии релаксации или гипнотического транса – это

Правильные варианты ответа: аутогенная тренировка;

123. Задание {{ 175 }} ТЗ № 175

Г. Шульц является создателем метода... ..

Правильные варианты ответа: аутогенная тренировка;

Общение при стрессе.

124. Задание {{ 103 }} ТЗ № 103

Эмоции общения оказываются ведущим фактором:

- ☐ вегетативного субсиндрома;
- ☐ когнитивного субсиндрома;
- ☒ социально-психологического субсиндрома
- ☐ эмоционально-поведенческого субсиндрома;

125. Задание {{ 104 }} ТЗ № 104

... заметно изменяется, когда стресс возникает одновременно у многих людей.

- ☐ личностное взаимодействие;
- ☐ индивидуальное взаимодействие;
- ☒ социальное взаимодействие;
- ☐ внутриличностное взаимодействие;

126. Задание {{ 105 }} ТЗ № 105

Изменение общения при стрессе могут возникать при действии на человека:

- ☒ физических стрессоров
- ☐ биологических стрессоров
- ☒ физиологических стрессоров
- ☐ психологических стрессоров

127. Задание {{ 106 }} ТЗ № 106

Уровни анализа изменения общения как субсиндрома стресса включают:

- ☒ макроуровень
- ☒ микроуровень
- ☒ мезоуровень
- ☐ мегауровень

128. Задание {{ 107 }} ТЗ № 107

Кто выделил основные стадии развития общения при групповой изоляции?

- ☒ М.А.Новиков;
- ☐ А.Инкельс;
- ☐ А.Ф.Хенри;
- ☐ Т.С.Шорт;

129. Задание {{ 108 }} ТЗ № 108

Основные стадии развития общения при групповой изоляции включают:

- ☐ установление контактов
- ☒ ознакомление
- ☒ дискуссия
- ☐ распределение ролей
- ☒ ролевые ориентации
- ☐ рефлексия

130. Задание {{ 109 }} ТЗ № 109

Компоненты социально-позитивной направленности общения при стрессе включают:

- ☒ усиление тенденций поддерживать лидирующий концепт и его носителей;
- ☒ чувство общности с коллективом, дружелюбности, взаимной симпатии;
- ☒ усиление у субъекта склонности к принятию на себя роли генератора лидирующего концепта, лидера группы, коллектива, лидера в общении;
- ☐ возникновение у людей склонности к конфронтации с лидирующим концептом
- ☐ возникновение неприязни к психологическим нагрузкам, связанным с ответственностью за других людей

131. Задание {{ 110 }} ТЗ № 110

Структура стрессовой социально-психологической активности, для которой характерно преобладание компонента общения, направленных на дезорганизацию группы включает:

- ☒ возникновение у людей склонности к конфронтации с лидирующим концептом;
- ☒ возникновение в экстремальных условиях ряда индивидов отчуждения от интересов группы
- ☐ возникновение агрессивных тенденций по отношению к другим людям
- ☒ возникновение неприязни к психологическим нагрузкам, связанным с ответственностью за других людей;

132. Задание {{ 116 }} ТЗ № 116

Отличительной чертой общения при остром стрессе является ... , которая может резко усиливать или подавлять активность взаимодействия людей.

- ☒ Эмоциональность
- ☐ Лабильность
- ☐ Возбудимость
- ☐ Фрустрация

133. Задание {{ 117 }} ТЗ № 117

Общие закономерности общающихся при стрессе выявляются в структуре развития

- ☒ Межличностных взаимоотношений
- ☐ Личности
- ☐ Психических процессов
- ☐ Поведения человека

134. Задание {{ 118 }} ТЗ № 118

Общение при хроническом стрессе сопряжено с особенностями общающихся.

Правильные варианты ответа: характерологическими и личностными;

135. Задание {{ 119 }} ТЗ № 119

Первая стадия изменения общения при стрессе длится:

- ☒ От нескольких секунд до нескольких минут, часа
- ☐ От нескольких минут до нескольких дней
- ☐ От нескольких дней до месяца
- ☐ От месяца до года

136. Задание {{ 120 }} ТЗ № 120

Какой субсиндром не входит в схему развития стресса:

- ☒ Субсиндром изменения мышления при стрессе
- ☒ Субсиндром изменения общения при стрессе
- ☒ Эмоциональный субсиндром
- ☒ вегетативный субсиндром
- ☐ поведенческий субсиндром

137. Задание {{ 121 }} ТЗ № 121

Характер и динамика субсиндрома изменения общения при стрессе обуславливаются набором:

- ☒ Стрессоров
- ☒ Индивидуальных особенностей людей
- ☒ Социокультурных норм
- ☐ Личностных установок и ценностных ориентаций

138. Задание {{ 122 }} ТЗ № 122

Сколько существует подходов в оценке активности общения в экстремальных условиях?

- ☒ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6

139. Задание {{ 123 }} ТЗ № 123

Сколько существует стадий стрессогенного изменения общения?

- ☐ 2
- ☒ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7

140. Задание {{ 124 }} ТЗ № 124

Соотнесите компоненты общения с его характеристикой

Первый компонент

Второй компонент

Третий компонент

Усиление тенденций поддерживать лидирующий концепт и его носители

Усиление у субъекта склонности к принятию роли генератора лидирующего концепта, группы, коллектива, лидера в общении

Чувство общности с коллективом, дружественность взаимной симпатии

Оздоровительное отреагирование стресса посредством физических упражнений.

141. Задание {{ 71 }} ТЗ № 71

Самое раннее использование терапевтического фактора физических упражнений датируется согласно Ryan:

- ☐ 6 веком до н.э.;
- ☐ 3 веком до н.э.;
- ☒ 5 веком до н.э.;
- ☐ 4 веком до н.э.

142. Задание {{ 72 }} ТЗ № 72

Кто впервые применил плавание в качестве терапевтического средства?

- ☐ Chavat;
- ☒ Joseph, Duchesne;
- ☐ Herodicus;
- ☐ Asclepiades

143. Задание {{ 73 }} ТЗ № 73

Во время стресса, вызванного упражнениями периферическое сопротивление...

- ☐ увеличивается
- ☒ уменьшается
- ☐ сначала уменьшается, потом увеличивается
- ☐ не изменяется

144. Задание {{ 74 }} ТЗ № 74

Психологические эффекты физических тренировок были обобщены в обзоре Lauman, где она делает вывод, что упражнения могут быть эффективны для...

- ☒ лечения тревоги;
- ☐ уменьшения жировой ткани;
- ☒ уменьшение агрессивности;
- ☐ снятие фрустрации;
- ☒ снижение артериального давления в покое

145. Задание {{ 75 }} ТЗ № 75

Лауман перечислила несколько видов физической активности, которые могут приводить к положительным изменениям в психике, это...

- ☐ гольф
- ☐ скачки
- ☒ плавание
- ☒ поднятие тяжестей;
- ☒ отработка ударов на "груше";
- ☒ танец

146. Задание {{ 186 }} ТЗ № 186

... представляет собой психофизиологический процесс, подготавливающий организм к физической деятельности.

Правильные варианты ответа: стрессовая реакция;

147. Задание {{ 187 }} ТЗ № 187

... – это любые упражнения, во время которых поддерживается повышенная потребность организма в кислороде, обычно к ним относятся упражнения на выносливость.

Правильные варианты ответа: аэробные упражнения;

148. Задание {{ 188 }} ТЗ № 188

К механизмам терапевтического воздействия физических тренировок при лечении чрезмерного стресса относятся:

- ☒ механизмы, действующие во время упражнения
- ☒ механизмы, действующие в течение непродолжительного периода после упражнений
- ☒ механизмы, действующие в течение длительного периода после упражнений
- ☐ механизмы, действующие в начале упражнения
- ☐ механизмы, действующие во время сильной физической нагрузки

149. Задание {{ 189 }} ТЗ № 189

Всякое содержание триглицеридов в сыворотке крови играет роль в развитии:

- ☐ тахикардии
- ☒ атеросклероза

- ☐ инфаркта миокарда
- ☒ ишемической болезни сердца
- ☐ стенокардии

150. Задание {{ 190 }} ТЗ № 190

Физическая активность:

- ☐ повышает уровень триглицеридов в крови
- ☒ снижает уровень триглицеридов в крови
- ☐ регулирует уровень триглицеридов в крови
- ☐ не изменяет уровень триглицеридов в крови

151. Задание {{ 191 }} ТЗ № 191

Во время или после интенсивных физических тренировок возникает:

- ☐ ощущение бодрости и прилива сил
- ☒ ощущение спокойствия и невозмутимости
- ☐ ощущение сонливости
- ☐ ощущение вялости и заторможенности

152. Задание {{ 192 }} ТЗ № 192

Терапевтическое использование физических упражнений как метода заключается:

- ☐ в оздоровительном отреагировании напряжения
- ☐ в оздоровительном отреагировании тревоги
- ☒ в оздоровительном отреагировании стресса
- ☐ в оздоровительном отреагировании страха

153. Задание {{ 193 }} ТЗ № 193

Во время стресса в кровяное усло выбрасывается разновидность жиров, которые называются:

- ☐ кортизолы
- ☐ тестостероны
- ☐ андрогены
- ☒ триглицериды

154. Задание {{ 194 }} ТЗ № 194

При стрессовой реакции к сердечно-сосудистой системе предъявляются следующие требования:

- ☒ периферическое сопротивление сосудов
- ☒ увеличивается частота СС
- ☐ снижается частота СС
- ☒ увеличивается АД
- ☐ снижается АД

155. Задание {{ 195 }} ТЗ № 195

При умеренной физической нагрузке ритмическая активность поперечно-полосатой мускулатуры способствует увеличению ... притока к сердцу.

Правильные варианты ответа: венозного;

156. Задание {{ 196 }} ТЗ № 196

Во время стресса, вызванного упражнениями уменьшается, что способствует охлаждению тела и понижению АД.

Правильные варианты ответа: периферическое сопротивление;

Посттравматическое стрессовое расстройство.

157. Задание {{ 111 }} ТЗ № 111

ПТСР выражается:

- ☒ в снижении инициативы
- ☒ изменении отношений с окружающей средой
- ☒ в формировании идей обвинения виновников случившегося
- ☐ в снижении концентрации внимания
- ☒ в обострении реакции на раздражители

158. Задание {{ 112 }} ТЗ № 112

переживания человека своего личного отношения к действиям других людей и к самому себе – это ...

Правильные варианты ответа: эмоция;

159. Задание {{ 113 }} ТЗ № 113

... – характеризуется достаточно слабой интенсивностью, длительностью протекания, а так же неясностью и безотчетностью переживания.

Правильные варианты ответа: настроение;

160. Задание {{ 114 }} ТЗ № 114

Более сильное, глубокое и длительное эмоциональное состояние – это ...

Правильные варианты ответа: страсть;

161. Задание {{ 115 }} ТЗ № 115

Эмоциональное состояние, протекающее с большой и резко выраженной интенсивностью носит бурное внешнее проявление, характеризуется кратковременностью – это ...

Правильные варианты ответа: аффект;

162. Задание {{ 213 }} ТЗ № 213

Ситуации, пережив которые, человек рискует заболеть ПТСР:

- ☒ Войны
- ☒ Внезапные техногенные катастрофы
- ☒ Природные катастрофы
- ☐ Грубое, угрожающее жизни насилие

163. Задание {{ 214 }} ТЗ № 214

Наиболее травмирующими психику факторами принято считать:

- ☒ Участие в военных действий
- ☒ Ситуации физического и сексуального насилия
- ☒ Техногенные и природные катастрофы
- ☒ Тяжелые заболевания
- ☐ Нарушение межличностных отношений
- ☐ Потеря дорогостоящей и ценной вещи

164. Задание {{ 215 }} ТЗ № 215

Реакция человека на травму это –

- ☒ ПТСР
- ☐ Стрессор
- ☐ Болезнь
- ☐ Психическое расстройство личности

165. Задание {{ 216 }} ТЗ № 216

ПТСР может возникнуть тогда, когда:

- ☒ Трагическое событие может нанести тяжелую травму
- ☐ Трагическое событие не затрагивает психику человека
- ☐ Трагическое событие не касается конкретного человека
- ☐ Трагическое событие не является значимым в жизни человека

166. Задание {{ 217 }} ТЗ № 217

В картину клинического симптома ПТСР входят:

- ☒ Бессонница, трудности при засыпании
- ☒ Ночные кошмары
- ☒ Регулярное недосыпание, приводящее к нервному истощению
- ☒ Агрессивность и необоснованные приступы ярости
- ☐ Беспричинное повышение настроения
- ☐ Возникновение бреда, галлюцинации

167. Задание {{ 218 }} ТЗ № 218

В рамках изменения общего поведения и эмоционального реагирования при ПТСР наблюдается:

- ☒ " Взрывчатая реакция"
- ☒ Притупленность эмоций
- ☒ Общая тревожность
- ☐ Творческий подъем
- ☐ Игривость и спонтанность

168. Задание {{ 219 }} ТЗ № 219

Люди, у которых наблюдается ПТСР, чаще всего стараются решать свои проблемы:

- ☒ С помощью грубой силы
- ☐ Рационального рассуждения
- ☐ С помощью подавления своих эмоциональных реакций
- ☐ Стараются уйти от своих проблем

169. Задание {{ 220 }} ТЗ № 220

Общая тревожность при ПТСР проявляется:

- ☒ На физиологическом уровне

- ☒ В психической сфере
- ☒ В эмоциональных переживаниях
- ☐ В умственном (интеллектуальном) развитии человека

170. Задание {{ 221 }} ТЗ № 221

ПТСР характеризуется развитием у пациента трех основных симптомов:

- ☒ Повторное переживание травмы; избегание стимулов, связанных с травмой; устойчивые проявления повышенного возбуждения
- ☐ устойчивые проявления повышенного возбуждения; повторное переживание травмы;
- ☐ избегание стимулов, связанных с травмой; изменения логического мышления у пациента; изменения ценностных ориентаций.
- ☐ изменения логического мышления у пациента

171. Задание {{ 222 }} ТЗ № 222

К повторным переживаниям травмы при ПТСР относятся:

- ☒ Навязчивые образы, мысли, ощущения
- ☒ Ночные кошмары
- ☐ Мании преследования
- ☐ Галлюцинации

172. Задание {{ 223 }} ТЗ № 223

Избегание стимулов, связанных с травмой при ПТСР относятся:

- ☒ Попытки избежать мыслей, ощущений, действий, связанных с травмой
- ☒ Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы
- ☒ Эмоциональное онемение
- ☒ Отчужденность от окружающих
- ☐ Проявление аутизма

173. Задание {{ 224 }} ТЗ № 224

К устойчивым проявлениям повышенного возбуждения при ПТСР относятся:

- ☒ Нарушения сна
- ☒ Трудности концентрации внимания
- ☒ Раздражительность, сверхнастороженность, усиленные реакции испуга
- ☐ Патологически повышенное настроение, сопровождающееся приступами смеха

174. Задание {{ 225 }} ТЗ № 225

Многие люди, пережившие травматогенное событие той или иной степени тяжести, демонстрируют в течение ограниченного периода времени симптоматику

Правильные варианты ответа: стертую посттравматическую;

175. Задание {{ 226 }} ТЗ № 226

Патологические изменения психики, возникающие под воздействием травматического опыта приводят к развитию...

Правильные варианты ответа: ПТСР; посттравматического стрессового расстройства;

176. Задание {{ 227 }} ТЗ № 227

При достаточно высокой интенсивности стрессорного воздействия ПТСР может развиваться у ...

Правильные варианты ответа: каждого человека;

Произвольная регуляция дыхания для снижения чрезмерного стресса

177. Задание {{ 94 }} ТЗ № 94

... – это процесс, посредством которого пациент сознательно контролирует число дыхательных движений (вдохов и выдохов).

Правильные варианты ответа: произвольная регуляция дыхания;

178. Задание {{ 95 }} ТЗ № 95

Цель произвольно регулируемого дыхания при лечении чрезмерного стресса заключается:

- ☒ заставить пациента сознательно изменять привычный ритм своего дыхания, чтобы вызвать состояние большей релаксации;
- ☐ научить пациента изменять частоту дыхания, чтобы снять напряжение;
- ☐ научить пациента изменять частоту своего дыхания для состояния большей расслабленности;
- ☐ научить пациента произвольно регулировать частоту своего дыхания

179. Задание {{ 96 }} ТЗ № 96

Что означает термин "Пранаяма"?

- ☒ контроль и сдерживание дыхания;

- ☐ контроль и углубление дыхания;
- ☐ контроль и учащение дыхания;
- ☐ учащение дыхания

180. Задание {{ 97 }} ТЗ № 97

Методика "Произвольная регуляция дыханием" развивалась:

- ☒ в США;
- ☒ в Индии;
- ☒ в Китае;
- ☐ в Японии;
- ☐ в Германии;

181. Задание {{ 98 }} ТЗ № 98

Основные фазы дыхательного цикла, имеющие значение при обучении произвольной регуляции дыхания:

- ☒ пауза, следующая за вдохом;
- ☒ выдох
- ☒ аспирация
- ☐ пауза между вдохом и выдохом;
- ☒ пауза, следующая за выдохом;

182. Задание {{ 99 }} ТЗ № 99

Основные типы дыхания согласно Ballentine (1976):

- ☐ брюшное
- ☒ грудное
- ☒ ключичное
- ☐ диафрагмальное
- ☐ легочное

183. Задание {{ 100 }} ТЗ № 100

Дыхательный процесс оказывает значительное воздействие на тонус:

- ☐ мышечной системы;
- ☒ симпатической системы;
- ☒ парасимпатической системы
- ☐ нервной системы

184. Задание {{ 101 }} ТЗ № 101

Произвольная регуляция дыхания – наиболее гибкий метод среди способов вмешательства, направленный на

Правильные варианты ответа: уменьшение чрезмерного стресса;

185. Задание {{ 102 }} ТЗ № 102

Основным недостатком дыхательной регуляции, применяемой для снижения стресса, является:

- ☐ гипоксия
- ☐ асфиксия
- ☒ гипервентиляция
- ☐ гиповентиляция

186. Задание {{ 197 }} ТЗ № 197

Процесс, посредством которого пациент сознательно контролирует число дыхательных движений называется...

Правильные варианты ответа: произвольным регулируемым дыханием;

187. Задание {{ 198 }} ТЗ № 198

Различные формы ... дыхания рассматриваются в качестве самого простого и эффективного метода регулируемого дыхания для уменьшения сильного стресса.

Правильные варианты ответа: диафрагмального;

188. Задание {{ 199 }} ТЗ № 199

Цель произвольно регулируемого дыхания при лечении чрезмерного стресса заключается в том чтобы

- ☐ расслабить аффект
- ☐ снять тревогу
- ☒ вызвать состояние большей релаксации
- ☐ ослабить моральные и эмоциональные ограничения

189. Задание {{ 200 }} ТЗ № 200

Использование сознательного контроля дыхания для достижения состояния расслабления можно найти в индийской традиции

- ☐ лайя-йога
- ☐ раджа-йога
- ☒ хатха-йога
- ☐ медитация

190. Задание {{ 201 }} ТЗ № 201

Четыре фазы дыхательного цикла были представлены:

- ☒ Hewitt
- ☐ Ballentine
- ☐ Hymes
- ☐ Smith
- ☐ Pratar

191. Задание {{ 202 }} ТЗ № 202

Три основных типа дыхания были выделены:

- ☐ Hewitt
- ☒ Ballentine
- ☐ Smith
- ☐ Hymes
- ☐ Harvey

192. Задание {{ 203 }} ТЗ № 203

Самый короткий и поверхностный тип дыхания

- ☒ ключичное
- ☐ грудное
- ☐ диафрагмальное
- ☐ альвеолярное

193. Задание {{ 204 }} ТЗ № 204

Наиболее часто встречающийся тип дыхания:

- ☐ ключичное
- ☐ альвеолярное
- ☐ диафрагмальное
- ☒ грудное

194. Задание {{ 205 }} ТЗ № 205

Самое глубокое из всех типов дыхания

- ☐ ключичное
- ☐ альвеолярное
- ☒ диафрагмальное
- ☐ грудное

195. Задание {{ 206 }} ТЗ № 206

Общим терапевтическим действием, снижающим стресс при регуляции дыхания, считается способность диафрагмального дыхания вызывать:

- ☐ полную релаксацию
- ☐ чрезмерный стресс
- ☐ асфиксию
- ☒ временное трофотропное состояние

196. Задание {{ 207 }} ТЗ № 207

Предположение о существовании нервного механизма, посредством которого диафрагмальное дыхание может понижать активность неокортекса выдвинули:

- ☒ Prater
- ☒ Berretini
- ☒ Smith
- ☐ Hymes
- ☐ Harvey

197. Задание {{ 208 }} ТЗ № 208

Избыточное дыхание может вызвать

- ☒ гипокапнию
- ☐ гиповентиляцию

- ☐ резистентность
- ☐ адаптацию
- ☐ асфиксию

198. Задание {{ 209 }} ТЗ № 209

Возможные симптомы гипоксии:

- ☐ расстройства ЖКТ
- ☒ феномен Рейно
- ☒ Тахикардия
- ☒ сужение поля зрения
- ☒ тревогу

199. Задание {{ 210 }} ТЗ № 210

Самыми ранними сигналами, предупреждающими о развитии гипервентиляции являются

- ☒ головокружение
- ☒ покашливание
- ☐ феномен Рейно
- ☐ боли в груди
- ☐ покалывание губ

200. Задание {{ 211 }} ТЗ № 211

Метод сознательного контроля можно применять

- ☐ всем желающим
- ☐ в любое время суток
- ☐ под контролем врача
- ☒ с учетом всех предосторожностей

201. Задание {{ 212 }} ТЗ № 212

Для многих способов диафрагмального дыхания характерен:

- ☒ удлиненный выдох
- ☐ короткий вдох
- ☐ удлиненный вдох
- ☐ короткий выдох
- ☐ удлиненный выдох с удлиненной паузой

Эмоционально-поведенческий субсиндром. Последствия очень сильного стресса.

202. Задание {{ 34 }} ТЗ № 34

. ... возникает у субъекта при поступлении ему информации о предстоящем или текущем событии субъективно-оцениваемом как невозможное:

- ☒ первичное пассивное эмоционально-поведенческое реагирование
- ☐ вторичное пассивное эмоционально-поведенческое реагирование
- ☐ активное пассивное эмоционально-поведенческое реагирование
- ☐ пассивное эмоционально-поведенческое реагирование

203. Задание {{ 35 }} ТЗ № 35

Активное и пассивное поведение при стрессе определяется:

- ☐ внутренними факторами
- ☐ внешними факторами
- ☒ внутренними и внешними факторами
- ☐ патологическими факторами

204. Задание {{ 36 }} ТЗ № 36

Основные факторы, от которых зависит экстремальность стрессоров:

- ☐ оценка субъекта опасности стрессора; степень неожиданности стрессора; субъективная чувствительность к стрессору
- ☐ оценка субъекта опасности стрессора; субъективная чувствительность к стрессору; близость действия стрессора; продолжительность действия стрессора
- ☒ оценка субъекта опасности стрессора; степень неожиданности стрессора; субъективная чувствительность к стрессору близость действия стрессора; продолжительность действия стрессора

205. Задание {{ 37 }} ТЗ № 37

Стадии стресса:

- ☐ адаптация
- ☒ сопротивление

- ☒ тревога
- ☐ резистентность
- ☒ истощение

206. Задание {{ 38 }} ТЗ № 38

При стрессе личностные проблемы усиливаются, это проявляется:

- ☒ в тревожности
- ☐ моральные и эмоциональные ограничения ослабевают
- ☒ склонность к самозащите и враждебность возрастают
- ☐ склонность к самозащите и враждебность снижается
- ☒ повышенная чувствительность

207. Задание {{ 39 }} ТЗ № 39

Какие поведенческие эффекты характерны для слишком сильного стресса:

- ☒ речевые проблемы возрастают
- ☒ уклончивость в поведении усиливается
- ☐ делается заявление, содержащее угрозу самоубийства
- ☒ снижается уровень энергетического обеспечения поведения
- ☐ повышается отвлекаемость
- ☒ нарушение картины сна

208. Задание {{ 40 }} ТЗ № 40

Какие когнитивные эффекты характерны для слишком сильного стресса:

- ☒ снижается концентрация и объем внимания
- ☐ ответственность переносится на других
- ☒ повышается частота ошибок действий
- ☒ сила организации долговременного планирования ослабевает
- ☐ возрастает болезненная мнительность

209. Задание {{ 41 }} ТЗ № 41

... – это части, которые обеспечивают приток энергии мгновенно:

- ☒ средство мобилизации энергии
- ☐ средство поддержания энергии
- ☐ средство обеспечения сосредоточения
- ☐ средство активации энергии

210. Задание {{ 42 }} ТЗ № 42

Основные блоки физиологического проявления организма:

- ☒ мобилизация энергии
- ☒ системы поддержания энергии
- ☒ обеспечение сосредоточения
- ☐ активизация энергии
- ☐ активизация иммунной системы

211. Задание {{ 43 }} ТЗ № 43

Выберите положительные эффекты, которые вызывают средства мобилизации энергии:

- ☒ выброс в кровь адреналина и норадреналина
- ☐ кровеносные сосуды сужаются, и кровь уплотняется, благодаря чему она течет медленнее и в случае травмы свертывается быстрее
- ☐ поступление в кровь холестерина из печени
- ☐ учащение сердечного ритма

212. Задание {{ 44 }} ТЗ № 44

Специфическое реагирование в стрессовой ситуации обусловлено:

- ☐ только характером внешней стимуляции
- ☐ только личностными особенностями субъекта
- ☒ характером внешней стимуляции и личностными особенностями субъекта
- ☐ характером внутренней стимуляции

213. Задание {{ 45 }} ТЗ № 45

Целью защитных физиологических реакций при стрессе является:

- ☐ приток энергии
- ☐ устранение нежелательных отвлечений
- ☒ ограничение ущерба
- ☐ обеспечение сосредоточения

214. Задание {{ 182 }} ТЗ № 182

... обязательный компонент стресса у человека.

Правильные варианты ответа: эмоции;

215. Задание {{ 183 }} ТЗ № 183

... акты могут быть разных уровней сложности: вздрагивание или замирание при громком звуке, хватательные движения, отдергивание руки при ожоге, эмоционально-двигательное оживление при опасности.

Правильные варианты ответа: защитные поведенческие;

216. Задание {{ 184 }} ТЗ № 184

Активизация поведения при ... может быть адекватной или неадекватной решению задачи выхода из стрессогенной ситуации.

Правильные варианты ответа: стрессе;

217. Задание {{ 185 }} ТЗ № 185

Одной из ведущих закономерностей функционирования ... является избыточная мобилизация энергетических "организменных" ресурсов для осуществления действия.

Правильные варианты ответа: биологических систем;

Список основной литературы

9. *Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин В.П.* Психогении в экстремальных условиях. –М., 1991.
10. *Гремлинг Сандра.* Практикум по управлению стрессом.- СПб, 2002.
11. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. М.: 1970.
12. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 1960.
13. Стрессы и их биокоррекция: метод.пособие. М., 1994, ч.3.
14. *Сандомирский М.Е.* Защита от стресса. М.- Изд-во института психотерапии, 2001.
15. *Маришук В.Л., Евдокимов В.И.* Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб., 2001.
16. *Эверли Дж. С., Розенфельд Р.* Стресс. Природа и лечение. Изд-во «Медицина», 1985.

Список дополнительной литературы

- 36.*Абульханова-Славская К. А.* Личностный аспект проблемы общения.– В кн.: Проблема общения в психологии. М.: Наука, 1981, с. 218–241.
- 37.*Аршавский И. А.* Механизмы и особенности физиологического и патологического стресса в различные возрастные периоды.– В кн.; Актуальные проблемы стресса. Кишинев: Штиинца, 1976, с. 5–22.
- 38.*Асеев В. Г.* О диалектике детерминации психического развития,–В кн.:
- 39.Принципы развития в психологии. М.: Наука, 1978, с. 21–38.
- 40.*Барабаничиков В. А., Малкова Т. Н.* Исследование восприятия эмоционального состояния человека по выражению лица.– В кн.; Проблема общения в психологии. М.: Наука, 1981, с. 121–133.
- 41.*Бобнева М. И.* К проблеме надежности человека: (О закономерных и случайных отказах в работе оператора). Л.: Изд-во ЛГУ, 1964, с. 12–14.
- 42.*Брушлинский А. В.* О формировании психического.–В кн.: Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981, с. 106–127.

43. *Глоточкин А. Д., Платонов К. К.* Историческое развитие сознания и личности.— В кн.: Военная психология /Под ред. В. В. Шеляги и др. / М.: Воен. издат., 1972, с. 81–94.
44. *Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и соавт.* Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л. 1976.
45. *Дашкевич О. В.* К вопросу о понятии стрессовой ситуации.— В кн.: Психический стресс в спорте: Материалы Всесоюз. симпоз. Пермь: Кн. изд-во, 1973, с. 37.
46. *Дильман В. М.* Почему наступает смерть. Л.: Медицина, 1972.
47. *Додонов Б. И.* Эмоция как ценность. М.: Политиздат, 1978.
48. *Зейгарник Б. В.* Основы патопсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973.
49. *Кассиль Г. Н.* Внутренняя среда организма. М.: Наука, 1978.
50. *Китаев-Смык Л. А.* Вероятностное прогнозирование и индивидуальные особенности реагирования человека в экстремальных условиях.— В кн.: Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. М.: Наука 1977, с. 189–225.
51. *Климов Е. А.* Индивидуальный стиль деятельности. Казань: Изд-во Казанского университета, 1969.
52. *Кокс Т.* Стресс. М.: Медицина, 1981.
53. *Смирнов В. М.* Нервная система и «стресс»: (О причине доминанты в патологии). М.: Наука, 1970.
54. *Косчолинский Ф. П.* Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. М.; Медицина, 1976.
55. *Кузнецов О. Н., Лебедев В. И.* Психология и психопатология одиночества. М.: Медицина, 1972.
56. *Лурия А. Р.* Мозг человека и психические процессы. М.: Педагогика, 1970.
57. Механизмы развития стресса. Сборник научных трудов. Кишинев, «Штиинца». 1987.

58. Мерлин В. С. Системный подход к онтогенезу интегральной индивидуальности.— В кн.: Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981, с. 87-106..
59. Наенко Н. И. Психическая напряженность. М.: Изд-во МГУ, 1976.
60. Разумов С. А. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1970.
61. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979.
62. Русалов В. М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. М.: Наука, 1979.
63. Русалова Н. М. Эмоциональные реакции. М.: Медицина, 1979.
64. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979.
65. Северцов А. Н. Эволюция и психика. М.; М. и С. Сабашниковы, 1922.
66. Франкенхойзер М. Эмоциональный стресс. М.: Медицина, 1970.
67. Шорохова Е. В. Социально-психологическое понимание личности.— В кн.: Методологические проблемы социальной психологии. М.: Наука, 1975, с. 3–16.
68. Эмоциональный стресс: Пер. с англ. / Под ред. Л. Леви. М.: Медицина, 1970.
69. Эверли Дж., Джирдано Д. Контроль производственного стресса: программа для самостоятельных занятий», 1980.
70. //Стресс, адаптация и функциональные нарушения. Кишинев; Штииниа, 1984. С. Алешин Б В., Бочдаренко Л. А 11 –12, Анестиади З. Г 264–265.

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Введение. Что такое стресс. Оптимальный уровень стресса. Введение в проблему адаптации. Концепция стресса Г.Селье.	12
Использование релаксационных методов в клинике	32
Эмоционально-поведенческий субсиндром стресса	42
Медитация	53
Вегетативный субсиндром стресса	126
Современные представления о физиологических механизмах развития стресса	139
Нервно-мышечная релаксация	163
Познавательные процессы при стрессе	203
Произвольная регуляция дыхания для снижения чрезмерного стресса	216
Общение при стрессе	227
Биологическая обратная связь при лечении стрессовой реакции	254
Оздоровительное отреагирование стресса посредством физических упражнений	270
Посттравматическое стрессовое расстройство	281
Литература	341
	325
	326
	342
	343
	357