***Содержание***

Введение

Глава 1. Алекситимия как психологический феномен

1.1 Теоретические подходы к феномену алекситимия

1.2 Алекситимия как основной предиктор психосоматических расстройств

1.3 Научные подходы к определению понятия "психосоматическое заболевание"

Глава 2. Взаимосвязь алекситимии с эмоционально-личностными особенностями женщин зрелого возраста

2.1 Анализ содержательных характеристик понятия "акцентуации характера"

2.2 Невротизация и психопатизация как устойчивые личностные состояния

2.3 Эмоционально-личностные особенности женщин зрелого возраста

Глава 3. Экспериментальное исследование взаимосвязи проявлений алекситимии и акцентуаций характера, уровня невротизации и психопатизации женщин зрелого возраста

3.1 Организация и методы исследования

3.2 Обсуждение и анализ результатов исследования

Заключение

Литература

Приложения

# ***Введение***

Развитие науки и техники растет в геометрической прогрессии. Радио, телевидение, сотовая связь, персональные компьютеры, новые технические и химические технологии создают постоянные психологические и физические перегрузки на человека, снижают способность его организма к социальной и биологической адаптации. Экологические условия жизни на Земле ухудшаются, усиливается воздействие вредных факторов на здоровье людей, меняются генные структуры человека. Рождается много детей с выраженными патологиями, с ослабленным здоровьем.

Проблема психосоматического здоровья составляет значительную часть "болезней цивилизации" и на протяжении последнего века являлась объектом интенсивных исследований.

В истории развития психосоматических исследований одно из центральных направлений представлено поиском особого психического качества психосоматической специфичности, являющимся фактором, предполагающим к возникновению психосоматической патологии, влияющим на течение и лечение заболевания. Современной попыткой такого рода является выделение и описание феномена алекситимии. При достаточном количестве психологических исследований, посвященных проблематике алекситимии, причин ее возникновении, вопросы деформации личности при наличии алекситимии не теряют своей актуальности. В связи с этим, представляется важным изучение не просто алекситимии как фактора, предполагающего к развитию психосоматической патологии, но и в контексте поиска специфики проявления алекситимии, рассмотреть взаимосвязь феномена алекситимии с такими психологическими особенностями, как тревожность и эмпатия.

В настоящее время внимание исследователей привлекает алекситимия в структуре личности как один из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств. Разрабатывают методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт.

При этом следует заметить, что алекситимию чаще изучают как личностную характеристику пациентов с выраженной соматической патологией.

Ряд авторов, например *А.И. Федорова*

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Актуальность данного исследования определяется высокой социальной значимостью рассматриваемой нами проблемы, быстрым темпом ее широкого распространения в популяции, а также необходимостью проведения новых фундаментальных исследований в этой области.

**Объект исследования** - алекситимия как психологический феномен.

**Предмет исследования** - взаимосвязь алекситимии с эмоционально-личностными особенностями женщин зрелого возраста.

**Цель исследования** - выявить взаимосвязь между алекситимией и акцентуациями характера, а также невротизацией и психопатизацией у женщин зрелого возраста.

**Гипотеза:**

существует взаимосвязь между алекситимией и акцентуациями характера у женщин зрелого возраста.

существует взаимосвязь между алекситимией и уровнем невротизации у женщин зрелого возраста.

существует взаимосвязь между алекситимией и уровнем психопатизации у женщин зрелого возраста.

Для реализации цели и проверки гипотезы были поставлены следующие **задачи:**

**.** Провести теоретический анализ литературных данных по проблеме взаимосвязи феномена алекситимии с эмоционально-личностными особенностями;

**2.** Подобрать банк психодиагностического инструментария по теме: взаимосвязь алекситимии с эмоционально-личностными особенностями женщин зрелого возраста

**3.** Провести экспериментальное исследование на тему: взаимосвязь алекситимии и акцентуаций характера, уровня невротизации и психопатизации у женщин зрелого возраста.

**4.** Провести анализ полученных результатов и дать их интерпретацию.

На различных этапах работы при решении задач, поставленных в исследовании, использовался широкий спектр конкретных методов сбора фактического материала и его обработки.

**Основные методы исследования:**

1. Теоретический анализ научной и методической литературы об основных подходах к изучению алекситимии и о психологической сущности обозначаемого феномена.

. Эмпирические методы исследования:

Тест Леонгарда - Шмишека.

Торонтская алекситимическая шкала.

Уровень психопатизации и невротизации.

. Количественно-качественный анализ всех полученных данных, включая методы математической статистики.

База исследования.

Экспериментальная выборка составила 33 человека. Это женщины в возрасте 21-50 лет.

Структура работы.

Выполненное исследование состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения.

# ***Глава 1. Алекситимия как психологический феномен***

# ***1.1 Теоретические подходы к феномену алекситимия***

Анализ литературы по проблеме алекситимии позволил выявить ряд факторов, которые стали основанием для построения нашего исследования в данной области.

Начало изучения явления алекситимии было положено П. Сифнеосом и Дж. Немиахом в 70-х годах ХХ века в рамках исследования личностных особенностей больных психосоматических клиник. Термин "алекситимия" буквально означает: "без слов для чувств" или в близком переводе - "нет слов для названия чувств" (от греч. а - отсутствие, lexis - слово, thymos - чувство).П. Сифнеос и Дж. Немиах предложили применять термин "алекситимия", характеризуя некоторые расстройства в познавательно-эмоциональной сфере у больных психосоматических клиник. Алекситимия относится к ряду аффективных расстройств. За 30-летнюю историю изучения явления алекситимии отечественные и зарубежные исследователи значительно продвинулись в определении характеристик этого феномена. К их числу относят: затрудненность или неспособность человека идентифицировать и давать описание своих эмоциональных переживаний, нечувствительность и непонимание чувств других людей, трудности в различении чувств и телесных ощущений, фиксация на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям, ограниченное использование символов, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения, сновидений.

Н.Д. Семенова и П. Сифнеос к этому перечню добавляют недостаточную глубину эмоционального потенциала личности. Такие особенности мышления, как преобладание рационального над эмоциональным, когнитивная недифференцированность с тенденцией к разного рода альтернативности; образ жизни алекситимной личности ориентирован на действия; межличностные связи, как правило, бедны; затруднен контакт с собственной психической сферой. Причем перечисленные особенности могут проявляться в равной степени, а может преобладать одна из них.

До настоящего времени и в отечественных, и в зарубежных исследованиях открытыми остаются вопросы о происхождении алекситимии. О ее первичности или вторичности; генетической, травматической или социальной обусловленности; наличии ее зависимости от социальных, этнических и культурных особенностей общества, в котором живет человек; о ее стабильном характере или временном; приспособительном проявлении, которое может обнаружить себя в определенной жизненной ситуации; до сих пор не полностью понятна связь алекситимии и болезни.

Таким образом, можно утверждать, что единой концепции, объясняющей развитие алекситимии в настоящее время не существует, но имеющиеся исследования позволяют выделить три подхода. Которые различаются представлениями о причинах и условиях становления алекситимии. Это биологическая теория (первичная алекситимия), теория травматической соматизации (вторичная алекситимия) и теория социального научения. Биологическая теория рассматривает алекситимию как первичный процесс, в котором ведущая роль принадлежит генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга (В.В. Калинин). Такие характеристики алекситимии позволяют именовать ее конституциональной. Первичную (конституциональную) алекситимию некоторые авторы рассматривают в рамках модели "дефицита", определяющего отсутствие функций, связанных с выражением аффекта и фантазий [1, с.98]. Дж. Немиах и П. Сифнеос [1, с.140] эмпирически связывали алекситимическое расстройство с нарушениями в области палеостриального тракта, в результате чего, по их мнению, и происходит подавление импульсов от лимбической системы к коре головного мозга.

Дальнейшее развитие представлений о генезе алекситимии было связано с экспериментальными работами И.С. Коростеловой, В.С. Ротентберга [8, с.126], в которых было установлено, что левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом полушарии, вследствие их нарушенного взаимодействия. Известно, что в головном мозге существуют комиссуральные проводящие пути, которые проходят через мозолистое тело и объединяют функции полушарий головного мозга. Оказалось, что лица, подвергшиеся церебральной коммисуротомии (перерезке на уровне мозолистого тела), характеризуются сниженной способностью к символизации, фантазированию, а также реже видят сновидения. В соответствии с этим были высказаны предположения о возможности возникновения у человека "функциональной комиссуротомии". В первую очередь в этом аспекте стали рассматривать алекситимию: ее начали трактовать как синдром "расщепленного мозга".

К изложенной нейроанатомически-нейрофизиологической гипотезе близка другая, рассматривающая алекситимию как дефект развития головного мозга. При этом предполагают дефект мозолистого тела или билатеральную либо аномальную локализацию центра речи в правом полушарии [24, с.100].

Некоторые авторы, основываясь на изучении близнецов, большое место в развитии синдрома алекситимии отводят генетическим факторам.

К вторичной алекситимии относят, в частности, состояние глобального торможения аффектов или "оцепенения", наступающее в результате тяжелой психологической травмы (модель "отрицания"). Характерные особенности личности при наличии вторичной алекситимии:

бедность языка в самоописаниях и общении;

малая представленность в настоящем событий прошлой жизни;

невозможность адекватного прогноза собственной деятельности (даже в экспериментальной ситуации);

недостаточная инициатива и активность в поиске средств - даже при выполнении экспериментальных заданий;

алекситимия акцентуация характер психопатизация

зависимость от близкого взрослого (матери) при совместном выполнении ряда заданий;

неустойчивость и недифференцированность самооценки <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%F1%E0%EC%EE%EE%F6%E5%ED%EA%E8>, в ряде случаев полная проекция оценок окружающих в структуре самооценки больного;

неустойчивость и неадекватность целеполагания <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%F6%E5%EB%E5%EF%EE%EB%E0%E3%E0%ED%E8%FF> при исследовании уровня притязаний <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%F3%F0%EE%E2%ED%FF%20%EF%F0%E8%F2%FF%E7%E0%ED%E8%E9>;

неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

Вторичная алекситимия может отражаться в патологической форме горя или скрытой депрессии. В данном случае она рассматривается как "защитный механизм", хотя и не является психологической защитой в классическом понимании. Но при этом следует учитывать, что для алекситимичных личностей характерен так называемый "незрелый" тип защиты, особенно от сверхсильных, непереносимых для них аффектов. Выявление алекситимии при маскированных депрессиях и неврозах дало основание некоторым авторам рассматривать ее с позиций невроза. Алекситимичные черты часто встречаются у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами. При целом ряде пограничных психических расстройств была установлена положительная связь между уровнем алекситимии, депрессии и тревоги. В связи с этим были высказаны предположения, что алекситимичные черты развиваются на основе предшествующей тревоги и депрессии.

Третий - социологический - подход объясняет появление синдрома алекситимии в аспекте поведения, социальных и культурных факторов. Один из представителей этого подхода, выделяющего в качестве причины алекситимии социальное научение, H. Kristal, полагает, что эмоциональное развитие человека и соответственно патология эмоциональности находятся в прямой зависимости от характера отношений в системе "мать - ребенок" в раннем детстве. По данным исследований, полученным сторонниками биологической теории алекситимии, она не поддается коррекции, тогда как подходы, утверждающие формирование алекситимии в результате травмы или социального научения, признают возможным ее коррекцию.

В.В. Николаева подробно рассматривает связь феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции. Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности - это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно рефлексия является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. В то же время, дефицит рефлексии относится к важному признаку алекситимии. "Алекситимик" не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их. В процессе онтогенетического развития по каким-то причинам потребность в саморегуляции может оказаться не сформированной. В результате невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям. Правомерность такой концепции была подтверждена исследованием явления вторичной алекситимии у взрослых, которые перенесли в возрасте до 3-х лет операцию по поводу врожденного порока сердца. Это хорошо объясняется особой социальной ситуацией формирования их психики, когда близкий взрослый этих пациентов организовывал и контролировал их деятельность вплоть до периода взрослости самих больных, строил их программу будущей жизни. Таким образом, не формировалась собственная деятельность саморегуляции, не было активного, творческого отношения к собственной жизни.

В.В. Николаева в качестве ключевых моментов происхождения этого психосоматического состояния подчеркнула неустойчивость или узость мотивационной иерархии, несформированность потребности в саморегуляции, недостаточность в звене ценностного опосредования, неусвоенные в процессе онтогенетического развития средства рефлексии.

Среди "очевидных" характеристик алекситимии она выделила:

- бедность языка в самоописаниях и общении;

- малую представленность в настоящем событий прошлой жизни;

- недостаточную инициативу и активность в поиске средств;

- зависимость от близкого взрослого (матери) при совместном выполнении ряда заданий;

- неустойчивость и недифференцированность самооценки, в ряде случаев полная

- проекция оценок окружающих в структуре самооценки больного;

- неустойчивость и неадекватность целеполагания при исследовании уровня притязаний;

- неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

Медицинская позиция во многом вторит психологической. В частности, В.М. Провоторов с соавторами, характеризуя особенности алекситимии при заболевании бронхиальной астмой, указывает, что согласно современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой индивида, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- трудность в определении аффекта, идентификации и определения собственных

- чувств;

- затруднения в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;

- сниженная способность к символизации, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям;

- фокусирование в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Касаясь вопроса о генезе этого феномена, отмечают особую роль ряда условий, в которых протекало формирование психики таких больных. К их числу относятся:

- специфический телесный опыт (болезнь в раннем детстве, операция с последующими ограничениями активности);

- фиксация внимания семьи на болезни ребенка, включение болезни в социальную ситуацию развития в качество ее центрального звена;

- директивное навязывание больному определенного - "инвалидного" - стиля жизни;

- длительное переживание неуспеха в значимой деятельности (в особенности в периоды нормативных кризисов развития);

- ограниченность эмоционального опыта спектром негативных эмоций (страдание, жалость, неуспех);

- неспособность собственного активного вмешательства в обстоятельства жизни.

Есть гипотеза, согласно которой ограниченное осознание эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению. Этим объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями.

Не решенным окончательно является вопрос о том, является ли алекситимия состоянием, зависящим от ситуации, или устойчивой личностной характеристикой. Неясны и причины алекситимических черт: вызваны они врожденными факторами (например, биохимическим дефицитом) или же обусловлены прижизненными задержками в развитии из-за семейных, социальных и культурных влияний.

Однако нельзя полностью исключить и два прижизненно действующих фактора.

Первый из них - воспитание в семье, в которой эмоции сдерживаются, а за их проявление ребенка наказывают.

Второй фактор может быть описан, как сознательное подавление негативных эмоций в стрессовых состояниях, когда они мешают эффективной деятельности. Эта тенденция генерализуется, и, в конце концов, человек привыкает скрывать и подавлять любые эмоциональные состояния, а не только отрицательные.

# ***1.2 Алекситимия как основной предиктор психосоматических расстройств***

Термин "алекситимия" (а - отсутствие; 1ехis - слово; thymos - эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний - ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. По его описанию для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. "Алекситимики" отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни - действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта [6].

Итак, выделяют несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, когнитивных функций, нарушения самосознания и особое мироопредставление. По разным данным среди психосоматических больных "алекситимики" составляют до 64 %, поэтому нет оснований говорить о причинно-следственных связях. Скорее, алекситимия - это один из факторов риска. Есть и еще один важный и нерешенный вопрос о том, является ли она стабильной, устойчивой личностной характеристикой или это только состояние, которое может проявиться в определенной ситуации у любого человека [10]. В связи с этим у самых разных больных (и не только при психосоматических болезнях) выявляется так называемая вторичная алекситимия. Существуют очень разные подходы к объяснению природы этого явления. Остановимся кратко лишь на некоторых из них, прежде всего представляющих интерес для психологов.

Большинство авторов утверждает, что алекситимия является фактором риска различных заболеваний.

Многими клиницистами было отмечено, что алекситимия особенно часто наблюдается при психосоматических заболеваниях. Она была описана как предиктор при ишемической болезни сердца [4, с.33], первичной артериальной гипертензии, сахарном диабете, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, злокачественных новообразованиях.

Для этиологии психосоматических заболеваний имеют значение многие факторы (многофакторность):

неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями и дефектами;

наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам;

нейродинамические сдвиги (нарушение деятельности ЦНС);

личностные особенности;

психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий;

фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

особенности психотравмирующих событий.

Эти факторы делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Эта точка зрения наибольшее отражение нашла в теории специфического и психодинамического конфликта Ф. Александера [12, с.50], который считал, что этиологическое значение для психосоматического заболевания могут иметь следующие факторы:

Б (болезнь) =f (функция от) {a,b,c,d,g,h, i,j,……. n};

a - наследственная предрасположенность;

b - родовые травмы;

c - органические заболевания раннего возраста, вызывающие повышенную чувствительность определенных органов;

d - особенности воспитания в раннем возрасте (особенности отнятия от груди, приучения к туалету, укладывания спать и т.д.);

е-переживание телесно травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

g - переживание эмоционально травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

h - эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей и сиблингов;

i - недавние телесные повреждения;

j - недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями.

Особое значение Ф. Александер придавал факторам d, g,h,j.

Вообще же существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации.. Apfel и P. Sifnoes приводят характерные особенности пациентов с наличием психосоматических заболеваний: они многословно описывают свои физические ощущения (на примерах, сравнениях и т.п.), затрудняясь четко сформулировать свое эмоциональное состояние; образ жизни таких людей - действия, межличностные связи, как правило, бедны. Некоторые исследователи [6, с.98] подчеркивают также, что у таких пациентов бедные по содержанию фантазии и сновидения, им трудно передать словами свои телесные ощущения - контакт с собственной психической сферой как бы затруднен; отмечается натянутость в позе и движениях, бедность мимики, роботообразная деятельность.

Подтверждение возможной роли алекситимии в развитии психосоматических заболеваний можно найти во многих работах П. Сифнеоса [2].

Согласно ряду наблюдений, алекситимия встречается с особенно высокой частотой у лиц, имеющих избыточную массу тела, причем в этих случаях она обычно сочетается с депрессией. Авторы соответствующих работ полагают, что для алекситимичных индивидов прием пищи выступает в роли своего рода внутреннего регулятора чувства напряжения. Алекситимия рассматривается как фактор, не только предрасполагающий к ожирению, но и затрудняющий возможность потери лишней массы. У пациентов с диагнозом ишемической болезни сердца алекситимия встречается в 31-49% случаев [4, с.34]. Гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперурикемия, курение, злоупотребление алкоголем чаще встречаются именно у алекситимичных больных ишемической болезнью сердца, в связи с чем алекситимия рассматривается как один из факторов риска развития этого заболевания [2, с.46]. Кроме того, указывается [1, с.31], что при проведении лечебных мероприятий в этих случаях необходимо учитывать характерные для алекситимиков низкие показатели качества жизни, высокий уровень тревожности.

Тенденция к уменьшению положительных эмоций и радостных событий и одновременно выраженность таких чувств, как гнев, печаль и враждебность, характеризуют алекситимичных больных с артериальной гипертонией, устойчивой к терапии. Алекситимичные черты встречаются у 55,3% больных первичной артериальной гипертензией. У алекситимичных пациентов выше цифры артериального давления по сравнению с неалекситимичными.

Если алекситимия имеет место у больных брохиальной астмой, то таким пациентам требуются более длительные госпитализации, они часто злоупотребляют b-адреномиметиками и нерегулярно пользуются ингалируемыми кортикостероидамиируемыми кортикостероид.

В последнее время активно изучается роль хронической боли в развитии и поддержании алекситимических черт.

Есть группа работ, отражающая попытки сопоставить алекситимические черты личности с содержанием биологически активных веществ в организме. Доказанным можно считать тот факт, что алекситимия сопровождается повышением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем и существует корреляция между выраженностью алекситимии (например, в баллах по TAS) и содержанием кортизола, адренокортикотропного гормона и норадреналина. Преобладание алекситимии и агрессивного типа поведения отмечено у женщин, страдающих артериальной гипертензией в предмено-паузальном периоде. При высоком содержании ренина у пациентов с артериальной гипертензией достоверно чаще встречаются симптомы депрессии, тревоги, враждебности, обидчивости. У алекситимичных индивидов наблюдается также снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета. Обнаруживаемая в этих случаях лимфопения может создавать предпосылки для развития злокачественных новообразований. При алекситимии, развивающейся на фоне посттравматического стрессового расстройства, наблюдается высокое содержание сывороточных интерлейкинов-1b. С учетом сказанного можно констатировать, что алекситимия не просто располагает к развитию психосоматической патологии, но и несет существенную прогностическую информацию о течении заболевания в целом и эффективности терапии [6, с.97].

Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств. Модель "отрицания" предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у многих больных алекситимические проявления необратимы даже при длительной интенсивной психотерапии. Они остаются неспособными к осознанию эмоций и фантазированию. В отношении их более адекватной представляется "модель дефицита", в соответствии с которой имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать. Этой точки зрения придерживается Сифнеос.

Алекситимию можно перепутать с другими (часто временными) психологическими реакциями, такими, как вызванные психической травмой, депрессией, шизофренией и просто когнитивной неразвитостью (или культурными факторами). Поэтому актуальной остается проблема диагностики истинной алекситимии. За рубежом широко используются многие опросники: опросник Госпиталя Бет Израел, опросник Кристаля с соавторами, шкала Шеллинга-Сифнеоса и другие. Применяются и проективные техники, поскольку, как уже отмечалось, алекситимики часто лишены воображения и их ответы отличаются стереотипностью (в частности, это относится к интерпретации тестов Роршаха и ТАТ). Однако применение этих тестов в клинических целях затруднено, так как нет нормативных данных и достаточного времени у врачей для проведения экспериментов и интерпретации их результатов.

# ***1.3 Научные подходы к определению понятия "психосоматическое заболевание"***

Термин "психосоматика" впервые был применен в начале XIX века Дж. Хайнрот. Позже, в XX веке, психоаналитик Г. Гроддек использовал психоанализ в своем санатории в Баден-Бадене при лечении главным образом соматических заболеваний. К числу научных концепций, оказавших существенное влияние на развитие психосоматической психологии, относятся теория нервизма И.М. Сеченова, психофизиологическое учение И.П. Павлова, теория стресса Г. Селье (1999), а также психосоматическая теория 3. Фрейда. В частности, конверсионная модель 3. Фрейда описывает смещение психического конфликта (конверсию) и попытку разрешить его через тело - соматические, моторные (например, параличи) или чувственные (например, утрата чувствительности или локализованная боль) проявления. Происходят "отделение либидо" от бессознательных, вытесненных представлений и преобразование этой либидонозной энергии в энергию соматическую.

Прогресс исследований в области психосоматической теории связан с именами Ф. Александера, последовательно развивавшего представления о роли психических факторов в генезе соматической патологии. Соматические процессы (от греч. "сома" - тело) - процессы, связанные с состоянием тела; они влияют на психику, могут быть и влияния обратного рода, когда слово влияет на телесные процессы (слово "ранит"). Острота вопроса о соотношении психики и телесности становится более заметной, если либо тело, либо психика претерпевает нарушения, приходит в болезненное состояние. Например, телесное хроническое заболевание кожи, выражающееся в появлении пигментации, высыпании мелких узелков, чешуек, требует не только изменения поведения, образа жизни (соблюдение определенной диеты, приема лекарств), но и порождает мучительные душевные переживания (чувство стыда, неудобство при общении с окружающими, кожный зуд и др.). Возникает ограничение контактов с людьми, пересмотр жизненных планов. В коллективах могут найтись люди злобные и соматические недостатки они могут делать предметом осмеяния, оскорбительных прозвищ. Стремление человека "встать выше" своего физического недостатка и максимально использовать и развивать имеющиеся возможности позволяет ему найти подходящую, доступную деятельность и быть в ней успешным [14].

В истории психологии можно отыскать многочисленные попытки интегративной оценки психосоматических заболеваний. Проблема соотношения "психического" и "соматического" с давних времен является одним из ключевых вопросов психологической науки. Этапным моментом в становлении психосоматического (психовисцерального) направления стало введение Воттег (1894) понятия "психогения". Стремительное изменение жизненного уклада, характерное для XX века, поставило психогении в ранг важнейших социальных проблем [14; 17].

Исторически проблему тропности патологических психовегетативных влияний связывают с представлениями 3. Фрейда (1885) об истерической конверсии. Его концепция перевода вытесненных в бессознательное аффектов на окольные пути их реализации, но уже в символической форме в виде соответствующих клинических синдромов, получила широкое признание в психосоматической медицине. Принцип "конверсии на орган" приобрел значение основного закона психосоматической медицины, определяющего формирование не только функциональных, но и органических изменений со стороны внутренних органов.

В своей концепции специфичности Ф. Александер (1953) отказывался от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развивающийся при конфликтных ситуациях вегетативный невроз он расценивает как физиологический ответ органа на хронически повторяющееся эмоциональное состояние и предполагает, что аффекты, преимущественно реализующиеся через симпатическую иннервацию, ведут к развитию гипертонической болезни, гипертиреоза, сахарного диабета, артритов, тогда как реализующиеся через парасимпатическую иннервацию - к язвенной болезни и бронхиальной астме. Л. Чертог (1982) рассматривал два механизма вмешательства психики в соматику: истерическую конверсию и собственно соматизацию. Он считает, что психосоматический симптом является асимволическим и что его специфическая направленность определяется не психическими, а иммунологическими и нейроэндокринными механизмами. Но ни одна из многочисленных теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматическим расстройствам. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза. Впоследствии сформировался более общий подход к вопросу о психологических причинах соматических заболеваний. Авторы теорий, появившихся в 60-х годах и позже, признают, что соматические заболевания могут быть обусловлены многими причинами. Согласно модели двухэшелонной линии обороны А. Мичерлих, психосоматический процесс развивается в следующей последовательности: сначала человек пытается справиться с конфликтом, угрожающим его существованию, на психосоциальном уровне, с помощью исключительно психических средств. Если же по каким-либо причинам ему это не удается, т.е. не срабатывает "первая линия обороны", подключается защита второго эшелона - соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе.

Существует ряд работ, авторы которых полагают, что первичным медиатором связи между психотравмой и "плохим" физическим здоровьем является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). При этом специфические проблемы, обусловленные ПТСР, связаны с нарушениями в различных системах организма: кардиоваскулярной, пищеварительной, нервной. Наличие ПТСР, длительное его течение, тяжелое состояние, сочетание с другими психическими расстройствами увеличивают риск ухудшения физического здоровья. Так, Н. Бреслау и Г. Девис (1992) установили, что у молодых взрослых с давностью ПТСР более года имеет место большее количество соматических нарушений, чем у тех, кто страдает указанным расстройством менее года. Г.К. Ушаков (1987) обосновывает возможность психосоматического развития личности. М.В. Коркина и В.В. Марилов (1995), Н.Д. Лакосина и М.М. Трунова (1994) высказывают мнение о генезе психосоматических расстройств на основе соматизации психогенных депрессий. В качестве возможного механизма этого процесса, по аналогии с психопатическим циклом, описанным О.В. Кербиковым, называют психосоматический цикл, при котором психогенное и соматогенное поочередно выступают то причиной, то следствием. Возникновение данных циклов, в свою очередь, связано со снижением порога реагирования на стресс и с "послестрессовой психосоматической беззащитностью". Отмечается, что процесс соматизации аффекта у женщин протекает более интенсивно, чем у мужчин [14].

Психосоматические расстройства могут расцениваться как психогенно обусловленные (т.е. имеющие психологические причины) соматические нарушения в организме и как соматогенные психические расстройства. Психические изменения вследствие соматических заболеваний традиционно рассматриваются в рамках двух клинических категорий - сомато - и психогений (нозогений). Соматогении связаны, в основном, с тяжелыми формами патологии. Нозогении определяются как психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события).

А.Б. Смулевич (1999) определяет психосоматические расстройства как группу болезненных состояний, возникающих на фоне взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, которые отражают реакцию на соматическое заболевание, или развитием под влиянием психогенных факторов соматической патологии. Исследователь выделяет группы психосоматических расстройств:

) соматизированные психические (соматоформные) реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии);

) психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний;

) реакции по типу симптоматической лабильности - психогенно провоцированная манифестация либо экзацербация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).

) реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия на психическую сферу соматических вредностей и относящиеся к категории симптоматических психозов, т.е. к категории экзогенных психических нарушений [16].

М. Гельдер и соавторы отмечают, что большинство психиатров в настоящее время не придерживаются принципов традиционной психосоматической медицины, и попытки выделить группу психосоматических заболеваний не имеют под собой объективных оснований. Эти авторы рассматривают следующие 5 типов связей между соматическим заболеванием и психическим расстройством:

) психологические факторы как причина соматического заболевания;

) психические дисфункции, проявляющиеся соматическими симптомами;

) психиатрические последствия соматического заболевания;

) психические расстройства и соматические заболевания, случайно совпавшие во времени;

) соматические осложнения психических нарушений.

Однако со временем однозначная детерминированность, связанная с возникновением психосоматического направления, сменилась противоположной тенденцией - категорическим отрицанием, несмотря на многочисленные убедительные доказательства успешности психотерапевтического вмешательства, как в начале заболевания, так и на различных этапах его развития. В конечном итоге термин "психосоматический" (так же, как и "истерический") по рекомендации группы экспертов Всемирной организации здравоохранения был исключен из Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), "так как его применение подразумевает, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении или исходе всех остальных болезней".

Психосоматика (от гр. psyche - душа, soma - тело) - изучает влияние психологических факторов на возникновение и последующую динамику развития психосоматических болезней. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматической болезни лежит реакция на эмоциональное переживание, которое сопровождается функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Психосоматические заболевания - это такие заболевания, причиной которых являются, в основном, мысли и эмоциональные переживания больного. То есть, если медицинское обследование не может найти физическую или органическую причину болезни или если исследуемое заболевание является результатом таких эмоциональных состояний, как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда оно может быть классифицировано как психосоматическое.

Но, к сожалению, в современной психологии термин "психосоматический" приобрел негативное значение, ведь его часто (ошибочно!) путают и соотносят с симуляцией, психическими расстройствами и откровенным мошенничеством. Настоящая психосоматическая боль вызвана, быстрее всего, несознательным умом, чем симптомами болезни или ранения. Психосоматическое заболевание может возникнуть в результате проблем в личной жизни и взаимоотношениях, стресса и других не физиологичных причин, вызванных внешними факторами или людьми. Именно поэтому проблема психосоматических отношений - один из наиболее сложных вопросов современной психологии.

Во время становления психосоматической психологии как науки, которая пыталась установить связь между телесным и психическим, была создана однолинейная модель психосоматических болезней. К этим болезням относили конверсионные, функциональные болезни и психосоматозы (к последним - бронхиальную астму, язвенный колит, есенциальную гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит, язву двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз). Зато современные исследователи считают, что при взаимодействии физических и психосоциальных факторов возможным является возникновение любой болезни. Эта концепция доказывает богатство факторов открытой модели психосоматической болезни и на смену узкому понятию психосоматических расстройств вводит интегральный психосоматический подход. Согласно его постулатам, сложный патогенез психосоматических расстройств определяется такими условиями:

неспецифической наследственностью и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

наследственной склонностью к психосоматическим расстройствам;

нейродинамическими расстройствами (нарушениями работы и деятельности центральной и вегетативной нервных систем);

личностными характеристиками;

психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих факторов;

фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

особенностями психотравмирующих событий.

История современной психосоматической психологии начинается из психоаналитической концепции Зигмунда Фрейда. Он, вместе с Брейером, доказал, что "подавленная эмоция" и "психическая травма" путем "конверсий" могут проявляться соматическим симптомом. Фрейд отмечал, что необходима "соматическая готовность" - физический фактор, который имеет не последнее значение при выборе органа. А доктор Джозеф Ф. Монтегю, автор книги "Расстройства желудка на нервной почве", к примеру, пишет: "Язва желудка возникает не от того, что вы едите. Язва возникает от того, которое съедает вас" [15].

В пределах психосоматики как направления в наше время существует два подхода - психоцентристский и соматоцентристский.

Психоцентристский подход анализирует влияние на возникновение, клинические проявления и прогноз болезни острого и хронического психического стресса, а также различных характеристик, связанных с психическим статусом человека.

Соматоцентристский подход изучает нозогенные реакции (такие, как влияние особенностей клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своей болезни и особенности психических расстройств, вызванных соматическими страданиями).

Подавляющее большинство исследователей психосоматической концепции в современной психологии склонно выделять 4 группы психосоматических расстройств:

. Соматизованые психические (соматоформные) реакции, которые формируются при невротических или конституциональных патологиях.

. Психогенные реакции (нозогении), которые возникают вследствие соматической болезни (какая является своего рода психотравмирующим событием) и принадлежат к группе реактивных сил.

. Реакции типа симптоматической лабильности - психогенная провоцируемая манифестация или экзацербация соматической болезни.

. Реакции экзогенного типа (соматогении), которые манифестируют в результате влияния на психическую сферу соматических нарушений и принадлежат к категории симптоматических психозов [15].

Итак, психосоматические болезни - это болезни нарушенной адаптации (приспособления, защиты) организма. Человек постоянно существует в условиях стресса, т.к. он не изолирован от влияния окружающей среды.Г. Селье утверждал, что даже "спящий человек испытывает стресс… Полная свобода от стресса означает смерть”. Однако воздействие внешнего фактора может быть настолько сильным, что защитные силы организма не справляются со стрессом, и возникает болезненное состояние. Граница между реакцией адаптации и болезнью условна и зависит как от силы и длительности самого воздействующего фактора, так и от психологического и физического состояния человека. Конечно, адаптационные (приспособительные) возможности у молодого, крепкого, физически здорового, оптимистично настроенного человека гораздо выше, чем у старого, слабого физически, уже не раз подвергавшегося воздействию стрессовых влияний. Именно от исходного состояния зависит, будет ли человек активно искать выход из стрессовой ситуации или пассивно обречет себя на "разрушение” ею.

Психосоматические нарушения обычно определяются как таковые, при которых психологические факторы считаются составляющими в развитии обострении или сохранении заболевания. Относительный термин "соматизация" относится к тенденции сообщать о физикальных симптомах, не имеющих патофизиологической базы, или значительно превосходят то, что можно выявить на основании объективных медицинских данных. Психосоматические симптомы и соматизация отличаются от симуляции, при которой пациент правдиво сообщает о своих ощущениях и не сознательно использует эти симптомы для манипулярования или управления другими или ситуацией. Ребенок и его семья обычно относят эти симптомы к органическому заболеванию и поэтому обращаются за медицинской помощью. Симптомы могут варьировать по тяжести и длительности, могут быть острыми или хроническими и при этом может присутствовать или отсутствовать органическое заболевание. Так как симптомы первично обусловлены психосоциальными факторами, направленность вмешательства на эти факторы очень важно для улучшения симптоматики. Следует отметить, что термин психосоматический все больше замещается такими терминами как психофизиологический, биобихевиоральный и биопсихосоциальный - терминами, все более отражающими понимание того, что психосоциальные и биологические факторы являются неразрывными и взаимозависимыми аспектами всех заболеваний. В этой работе термин психосоматический используется в отношении к симптомам, при которых психосоциальные факторы играют основную роль. Мы, в частности, остановимся на симптомах, при которых органические данные отсутствуют или незначительны.

Психосоматика - направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующее развитие соматических заболеваний.

Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Другими словами - это болезни, первичной причиной которых является психическое перенапряжение, либо психическая травматизация. Насколько человек подвержен развитию психосоматических болезней, зависит от особенностей его нервной системы.

Несмотря на то, что слово "психосоматика" употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело).

С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни.

Проблема психосоматических соотношений - одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение многих веков, со времен Гиппократа и Аристотеля.

По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной - это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. Отсюда многообразие методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно.

Организм человека состоит из множества систем органов, каждая из которых выполняет определённые функции: кровеносная система обеспечивает доставку кислорода и питательных веществ к клеткам, и удалению из них углекислого газа; пищеварительная система поставляет в кровь питательные вещества, полученные из продуктов и выводит ненужные и вредные продукты пищеварения; печень обезвреживает токсические вещества и синтезирует из аминокислот необходимые организму белки, а дыхательная система поставляет необходимый для всех этих процессов кислород. Все системы находятся в непрерывном взаимодействии между собой, а управляет всеми системами нервная система.

К каждому органу, к каждому мышечному волокну и участку тела подходят соматические и вегетативные нервные волокна, соединяющие все органы с головным мозгом.

Поэтому любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы - психической или соматической.

Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии.

В рамках классической психосоматической традиции к психосоматическим заболеваниям относят большинство хронических соматических расстройств, прежде всего следующие (так называемую "психосоматическую семерку"):

\* Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония);

\* Ишемическая болезнь сердца;

\* Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстно кишки;

\* Язвенный колит;

\* Бронхиальная астма;

\* Нейродермит;

\* Гипертиреоз.

Общие признаки психосоматических расстройств:

. Хроническое течение.

. Значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания.

. Преморбидные характеристики личности больного, определяющие эмоциональную лабильность, трудности в межличностных взаимоотношениях, недостаточность навыков эффективного преодоления стресса и др.

. Недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии.

. Положительный эффект при применении психофармакотерапии и психотерапии.

Выделяют следующие варианты развития психосоматического заболевания (Ю.М. Губачев):

\* Ситуационный (первично-психогенный) вариант. Характеризуется ведущей ролью в патогенезе заболевания длительно воздействующих психотравмирующих условий.

\* Личностный вариант. Определяется приоритетным значением в патогенезе заболевания личностных особенностей больного, связанных с эмоциональной лабильностью, склонностью к затяжным и сверхинтенсивным эмоциональным реакциям.

\* Церебральный вариант. Характеризуется важной ролью органических нарушений центральной нервной системы, обусловливающих недостаточность регуляторных механизмов эмоциональных переживаний и, соответственно, специфические ("органические") особенности эмоционального реагирования: застойность, ригидность, вязкость, инертность эмоциональных процессов, тенденция к саморазвитию аффекта.

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

. Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

. Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть "проблемных пациентов", которые приходят на прием с пестрой картиной часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно-сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему.

Беспомощность врача относительно этой симптоматики объясняется среди прочего многообразием понятий, которыми обозначаются эти жалобы. Часто у таких больных имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем; какие-либо органические изменения, как правило, не обнаруживаются.

. Психосоматозы - психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их - первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа.

Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, а также характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами.

Психосоматическое заболевание может возникнуть при наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, когда соматизация происходит без психологической защиты, т.е. когда человек, защищая душевное равновесие, неосознанно повреждает свое телесное здоровье.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память.

Долговременная память - это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. Пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм - "следов памяти".

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении человека. "Выбор органа" свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

# ***Глава 2. Взаимосвязь алекситимии с эмоционально-личностными особенностями женщин зрелого возраста***

# ***2.1 Анализ содержательных характеристик понятия "акцентуации характера"***

Людей отличают друг от друга не только врожденные индивидуальные черты, но также и разница в развитии, связанная с течением их жизни. Поведение человека зависит от того, в какой семье он вырос, в какой школе учился, кто он по профессии, в каком кругу вращается. Два человека с натурами первоначально сходными, могут впоследствии иметь весьма мало общего между собой, а с другой стороны, сходство жизненных обстоятельств может выработать сходные черты, реакции у людей в корне различных. Люди отличаются друг от друга независимо от того, каким путем такое отличие возникает. Точно так же как по внешности один человек отличается от другого, так и психика каждого человека отлична от психики других людей. Однако индивидуальных черт не так много, как кажется. "Черты, определяющие индивидуальность человека, могут быть отнесены к различным психическим сферам:

) сфера направленности интересов и склонностей 2) чувств и воли 3) ассоциативно-интеллектуальная сфера". Чтобы понять сущность человека, необходимо пристально присмотреться к свойственным ему различным чертам названных сфер. Не всегда легко провести четкую грань между чертами, формирующими акцентуированную личность и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека.

Понятие "акцентуация" впервые ввел немецкий психиатр и психолог, профессор неврологической клиники Берлинского университета Карл Леонгард. Им же разработана и описана классификация акцентуаций личности. В работах К. Леонгарда используется как сочетание "акцентуированная личность", так и "акцентуированные черты характера" К. Леонгард заменил термин "психопат" на термин "акцентуированная личность". Акцентуация характера, по Леонгарду, это нечто промежуточное между психопатией и нормой. По его мнению акцентуированные личности - это не больные люди, это здоровые индивиды со своими индивидуальными особенностями. На вопрос, где же границы, отделяющие акцентуантов, с одной стороны, от психопатов, а с другой - от неакцентуантов, К. Леонгард не дает четкого ответа. Акцентуированные характеры зависят не от природно-биологических свойств, а от факторов внешней среды, которые накладывают отпечаток на образ жизни данного человека. Акцентуация всегда в общем предполагает усиление степени определенной черты. Эта черта личности, таким образом, становится акцентуированной. Акцентуированные черты далеко не так многочисленны, как варьирующие индивидуальные. Акцентуация - это, в сущности, те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большей выраженности они накладывают отпечаток на личность как таковую и, наконец, могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности.

В нашей стране получила распространение иная классификация акцентуаций, которая была предложена известным детским психиатром профессором А.Е. Личко. Он полагает, что акцентуации характера имеют сходство с психопатиями. Главное их отличие от психопатий заключается в отсутствии признака социальной дезадаптации. Они не являются основными причинами патологического формирования личности, но могут стать одним из факторов в развитии пограничных состояний. По мнению А.Е. Личко акцентуацию можно определить как дисгармоничность развития характера, гипертрофированную выраженность отдельных его черт, что обуславливает повышенную уязвимость личности в отношении определенного рода воздействий и затрудняет её адаптацию в некоторых специфичных ситуациях. При этом важно отметить, что избирательная уязвимость в отношении определенного рода воздействий, имеющая место при той или иной акцентуации, может сочетаться с хорошей или даже повышенной устойчивостью к другим воздействиям. Точно так же, затруднения с адаптацией личности в некоторых специфичных ситуациях (сопряженных с данной акцентуацией) может сочетаться с хорошими или даже повышенными способностями к социальной адаптации в других ситуациях. При этом эти "другие" ситуации сами по себе могут быть объективно и более сложными, но не сопряженными с данной акцентуацией, не референтны ей. Все акцентуации Личко рассматриваются как временные изменения характера, сглаживающиеся при взрослении. В то же время многие из них переходят в психические заболевания или же сохраняются на всю жизнь.

Акцентуации представляют собой хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому "акцентуация характера" не может быть психиатрическим диагнозом. По исследованиям А.Е. Личко патохарактерологические реакции, выступающие на фоне акцентуаций, как правило, почти 80% из них с возрастом сглаживаются, смягчаются и можно наблюдать удовлетворительную социальную адаптацию. Будет прогноз хороший или плохой зависит от степени и вида акцентуаций - скрытая она или явная, а также от социальных условий.

Явная акцентуация - эта степень относится к крайним вариантам нормы. Однако выраженность черт определенного типа обычно не препятствует социальной адаптации. Занимаемое положение, как правило, соответствует способностям и возможностям. С возрастом особенности характера либо остаются достаточно выраженными, но компенсируются и не мешают адаптации, либо настолько сглаживаются, что явная акцентуация переходит в скрытую. Скрытая акцентуация - эта степень относится не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях черты какого-либо типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Даже при продолжительном наблюдении, при разносторонних контактах и детальном знакомстве трудно бывает составить представление об определенном типе. Однако, черты этого типа могут неожиданно и ярко проявиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые адресованы к месту наименьшего сопротивления.

Наиболее благоприятный прогноз наблюдается при гипертимической акцентуации, наихудший прогноз - при явной неустойчивой акцентуации.

Различают несколько видов относительно стойких изменений:

переход явной акцентуации в скрытую, когда с возрастом акцентуированные черты стираются или компенсируются, т.е. заменяются другими и только под влиянием некоторых факторов, адресованных уязвимому месту, черты этого типа уже скрытого, замаскированного, вдруг проявятся неожиданно, внезапно в полной силе;

формирование на почве акцентуаций психопатических развитий, роль играет среда и в результате может наблюдаться предболезненное состояние, а иногда заболевание;

трансформация видов акцентуаций характера, присоединение к основному типу близких, совместимых с этим типом других акцентуаций.

В некоторых случаях, черты вновь приобретенных акцентуаций могут даже доминировать над основной, иногда черты одной акцентуации могут "вытеснить", "заслонить" черты других акцентуаций.

Одной из распространенных практических ошибок является трактовка акцентуации как установленной патологии. Однако это не так. В работах К. Леонгарда специально подчеркивалось, что акцентуированные люди не являются ненормальными. В противном случае нормой следовало бы считать только среднюю посредственность, а любое отклонение от неё рассматривать как патологию. К. Леонгард даже полагал, что человек без намека на акцентуацию, конечно, не склонен развиваться в неблагоприятную сторону, но столь же маловероятно, что он как-нибудь отличается в положительную сторону. Акцентуированным личностям, напротив, присуща готовность к особенному, т.е. как к социально положительному, так и социально отрицательному развитию. Обобщая всё сказанное, очевидно, можно заключить, что акцентуация является не патологией, а крайним вариантом нормы. Сочетание различных типов акцентуаций и психопатических и невротических тенденций может приводить к различным исходам. Например, сочетание акцентуированных и психопатических личностных черт, в том или ином человеке не усиливает акцентуацию или психопатию, напротив оно ведет к выравниванию характера, т.е. к норме.

Сравнительная таблица типов акцентуаций по К. Леонгарду и А. Личко.

|  |  |
| --- | --- |
| Тип акцентуации (по К. Леонгарду)  | Соответствие типов А. Личко классификации К. Леонгарда (по мнению А. Личко)  |
| Демонстративный - авантюризм, тщеславие, жалость к себе, необдуманность поступков, стремление к игре определённой соц. роли.  | Истероидный |
| Педантичный - ригидность нервных процессов, добросовестность, обязательность.  | Психастенический |
| Застревающий - патологическая стойкость аффекта, злопамятность, честолюбие, подозрительность, склонность к ревности, настойчивость | - |
| Возбудимый - недостаточность самоконтроля, импульсивность реакций, склонность к алкоголизации.  | Эпилептоидный |
| Гипертимический - склоный к повышенному фону настроения.  | Гипертимный |
| Дистимический - сосредоточенный на мрачных сторонах жизни.  | - |
| Циклотимический - склонный к колебаниям настроения | Циклоидный (аффективно-лабильный)  |
| Экзальтированный - с бурными реакциями на внешние стимулы.  | Лабильный (аффективно-экзальтированный и эмотивный)  |
| Эмотивный - чувствительный, тонко восприимчивый.  | Лабильный |
| Тревожный - робкий, покорный, приниженный.  | Сенситивный |

Развитие акцентуаций характера в онтогенезе обусловлено рядом факторов, что неоднократно освещалось в отечественной и зарубежной теоретико-методологической психологической литературе. Б.В. Белов, Э. Кречмер, О.В. Пендс к психофизиологическим факторам, детерминирующих развитие акцентуаций, относят темперамент, опираясь на половозрастные врожденные свойства, рассмотренные с позиции учения о высшей нервной деятельности И.П. Павлова.

Социальным фактором, обуславливающим развитие акцентуаций характера, является семья, так как в ней закладываются основы характера личности, и реализуется ее темперамент. Семейное воспитание определяет и гармонию, и формирование аномалий личности в ее становлении. А.Е. Личко в качестве одного из факторов, влияющих на становление того или другого типа акцентуации характера, рассматривает особенности воспитания. Основным параметром семьи является ее целостность.

Следующим фактором, детерминирующим развитие акцентуаций характера, является психологический фактор, к которому Р.С. Немов относит характер. Важнейшей ориентацией характера является среда. С.Г. Шуман считает, что "идущие из внешней среды раздражители стимулируют потребности людей и вызывают определенное поведение. Протест против помех, преград, мешающих удовлетворению актуальных потребностей, выражается в виде упрямства, неподчинения, грубости. Все это квалифицируется как отклоняющееся поведение, которое проявляется и развивается в результате непонимания истинных причин этого и применения несправедливых мер наказания".

Развернутые описания типологии и феноменологии личности представлены отечественными и зарубежными исследователями. Наиболее интересные и распространенные из них возникли в пограничной области, на стыке двух наук: психологии и психиатрии и принадлежат таким авторам, как К. Юнг, Э. Кречмер, У. Шелдон, П.Б. Ганнушкин, К. Леонгард, А.Е. Личко и другим.

При этом важно отметить, что избирательная уязвимость в отношении определенного рода воздействий, имеющая место при той или иной акцентуации, очень часто может сочетаться с хорошей или даже повышенной устойчивостью к другим воздействиям. Аналогично, затруднения с адаптацией личности в некоторых специфичных ситуациях, сопряженных с данной акцентуацией, могут сочетаться с хорошими или даже повышенными способностями в других ситуациях. При этом "другие" ситуации сами по себе могут быть объективно более сложными, но не сопряженными с данной акцентуацией. Хотя, в целом, вопрос о динамике акцентуаций разработан еще недостаточно, в ряде современных психологических исследований указывается на выраженность черт акцентуированного характера в именно подростковом возрасте с последующим его сглаживанием или компенсацией. Урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки приводят к обострению индивидуально-типологических особенностей личности. Распознавание типа акцентуаций, правильная диагностика "места наименьшего сопротивления" позволяет компенсировать реакции и восполнить недостающие качества за счет определенных навыков и умений, что способствует гармоничному развитию личности.

# ***2.2 Невротизация и психопатизация как устойчивые личностные состояния***

Невротизация является вариативной личностной переменной, отражающей как динамические, так и статические (состояния и свойства) особенности личности. Типичный для конкретного человека уровень невротизации, в первую очередь обусловленный его личностными особенностями, определяет вероятностный диапазон изменений, вызываемых различными психо-, сомато-, и социогенными факторами.

Содержательная часть шкалы невротизации включает в себя такие характерные проявления невротических состояний как быстрая утомляемость, нарушение сна, ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, снижение настроения, повышенная раздражительность, наличие страха, тревоги, неуверенность в себе.

Помимо этого, шкала невротизации может отражать психастенические особенности личности, повышенный невротизм, плохую приспособляемость, что имеет корреляционную взаимосвязь с типами акцентуаций по А.Е. Личко - неврастеничным, психастеничным, сенситивным, меланхоличным.

При высоком уровне невротизации (высокая - более 10 баллов по абсолютной величине отрицательная оценка) может наблюдаться выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, напряжённость, беспокойство, растерянность, раздражительность).

Отмечается безынициативность, склонность к фиксации на неприятных соматических ощущениях, сосредоточенность на переживаниях своих личностных недостатков. Это формирует чувство собственной неполноценности, затруднённости в общении, социальную робость и зависимость.

При низком уровне невротизации (высокая - более 10 баллов абсолютная величина положительной оценки) отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (оптимизм, спокойствие).

Оптимизм и инициативность, простота в реализации в реализации своих желаний формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, лёгкость в общении.

Невротизация формируется под влиянием трех классов психических явлений:

1. эмоционально-мотивационные особенности личности;

2. психосоматическая симптоматика;

. собственно состояние человека, его самочувствие, основной тон его переживаний.

Человеческая психика очень ранима, а отрицательных воздействий на психику в течение жизни человека великое множество, начиная от мелких огорчений и обид, связанных с семейными взаимоотношениями, и до тяжелых личностных потрясений и трагедий в жизни человека.

Помимо отрицательных личных переживаний, которые приходится испытывать каждому человеку, негативное влияние на психику оказывает и непрерывный, стремительно возрастающий поток информации, связанный с научно-техническим прогрессом.

Сохранение душевного равновесия - важная предпосылка для нормальной жизнедеятельности человека и достаточной продуктивности его работы. Для приспособления к быстро изменяющимся условиям информационно перегруженного мира необходим достаточный резерв душевных сил.

Но каждый человек - этот индивидуальность, со своими особенностями характера и возможностей к адаптации и своим запасом душевных сил.

Одни люди достаточно устойчивы ко многим стрессовым воздействиям и "хорошо держат удар", могут из любой ситуации найти, по крайней мере, один выход, и находят его, и негативные внешние воздействия не оказывают заметного влияния на их душевное равновесие.

А другие люди имеют совершенно иные черты характера, и даже не столь значительная психическая травма может оказать существенное отрицательное влияние на их психику и вызвать различные психические нарушения.

На базе невротической и психопатической тенденции могут развиться невроз или психопатия.

Неврозы - это группа пограничных психических заболеваний, характеризующихся не резко выраженными нарушениями психической деятельности, вызванных воздействием психотравмирующих факторов.

Психопатия - это аномалия характера, от которой страдает либо сам человек, либо общество. Эти врожденные или приобретенные в раннем возрасте аномалии характера приводят к дисгармоническому формированию личности и нарушают социальную адаптацию. Важной особенностью психопатии является декомпенсация при различных неблагоприятных воздействиях.

От неврозов психопатии отличает то, что патологические черты характера определяют весь психический облик человека и наблюдаются на протяжении всей его жизни. При не резко выраженных отклонениях характера, не достигающих уровня патологии и в обычных условиях не приводящих к нарушению адаптации, говорят об акцентуации характера.

Обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод, что людям, имеющим невротические тенденции свойственны выраженная эмоциональная возбудимость, негативные переживания, тревожность, напряженность, раздражительность. Эти же черты характерны для лиц с циклотимическим, экзальтированным, тревожным и дистимическим типами акцентуаций характера.

Психопатизация относительно устойчивое личностное свойство и проявляется во всех сферах личности. Невротизацию, в свою очередь, можно представить как вариативную личностную переменную, которая отражает как динамически изменяющиеся особенности человека (состояния), так и относительно более статичные (свойства личности).

Утверждения шкалы психопатизации отражают лишь некоторые из черт, характерных для психопатических личностей; равнодушие к принципам долга и морали, безразличие к мнению окружающих, повышенную конфликтность, подозрительность, вспыльчивость, повышенное самолюбие и самоуверенность.

Уровень психопатизации, измеряемый шкалой, можно рассматривать как относительно устойчивое личностное свойство.

Высокий уровень психопатизации свидетельствует о беспечности и легкомыслии, холодном отношении к людям, упрямстве в межличностных взаимоотношениях, бесцеремонности.

Этим лицам присуща тенденция к выходу за рамки общепринятых норм и морали, что нередко приводит к конфликтным ситуациям.

Низкий уровень психопатизации может говорить об осмотрительности, уступчивости, ориентированности на мнение окружающих, о приверженности к строгому соблюдению общепринятых норм и правил.

Высокая психопатизация, в свою очередь, характеризуется беспечностью, легкомыслием, холодным отношением к людям, упрямстве. Такие люди легко выходят за рамки общепринятых норм, непредсказуемы в конфликтных ситуациях. Это сочетается с гипертимическими, возбудимыми и демонстративными чертами характера.

# ***2.3 Эмоционально-личностные особенности женщин зрелого возраста***

Знание главных закономерностей возрастного развития позволяет подойти к решению практически важных задач, лежащих в основе педагогики и медицины. Важнейшая из них - оценка возрастной нормы. С позиции адаптивного характера развития критерии возрастной нормы должны учитывать диапазон возможностей организма, обеспечивающих надежность его функционирования на каждом этапе онтогенеза. Возрастная норма нередко рассматривается как совокупность среднестатистических параметров, характеризующих морфофизиологические особенности организма. Вне всяких сомнений, подобный подход сыграл прогрессивную роль, позволив решить ряд практических задач (например, в оценке уровня физического развития). Однако такое представление о возрастной норме, практически возводящее количественную оценку морфологической и функциональной зрелости организма на разных этапах онтогенеза в абсолют, не отражает сущности самих возрастных преобразований, определяющих развитие организма по адаптивному пути и организующих его взаимоотношения с внешней средой.

Развитие представлений о критериях возрастной нормы определяют и подходы к возрастной периодизации развития. Одним из наиболее распространенных является подход, в основе которого лежит анализ оценки морфологических признаков (рост, смены зубов, нарастание массы тела и т.д.). Наиболее полная возрастная периодизация, основанная на морфологических и антропологических признаках, была предложена В.В. Бунаком, по мнению которого в изменениях размеров тела и связанных с ними структурно-функциональных признаков отражаются преобразования метаболизма организма с возрастом.

Согласно этой периодизации в постнатальном онтогенезе выделяются следующие периоды: младенческий, охватывающий первый год жизни ребенка и включающий начальный (1-3, 4-6 мес.), средний (7-9 мес.) и конечный (10-12 мес.) циклы; второго детства (начальный цикл: 8-10 лет - мальчики, 8-9 лет - девочки; конечный: 11-13 лет - мальчики, 10-12 лет - девочки); подростковый (14-17 лет - мальчики, 13-16 лет - девочки); юношеский (18-21 год - юноши, 17-20 - девушки); с 21 года начинается взрослый период. Как видно, эту классификацию возрастных периодов, отражающую в большей степени существующую систему воспитания и обучения, нельзя считать приемлемой.

Также распространенная в настоящее время возрастная периодизация с выделением периодов новорожденности, ясельного, дошкольного и школьного возрастов у детей отражает скорее систему детских учреждений, нежели истинные возрастные особенности.

Согласно возрастной периодизации, принятой в 1965 году на 7-й Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР в г. Москва, в жизненном цикле человека выделяют следующие периоды:

. Новорожденный - 1-10 дней

2. Грудной возраст - 10 дней - 1 год.

. Раннее детство - 1-3 года.

. Первое детство - 4-7 лет.

. Второе детство - 8-12 лет мальчики - 8-11 лет девочки

. Подростковый возраст - 13-16 лет мальчики - 12-15 лет девочки

. Юношеский возраст - 17-21 год юноши - 16-20 лет девушки

. Зрелый возраст I период - 22-35 лет мужчины - 21-35 лет женщины II период - 36-60 лет мужчины - 36-55 лет женщины

. Пожилой возраст - 61-74 год мужчины - 56-74 лет женщины

. Старческий возраст - 75-90 лет мужчины и женщины

. Долгожители - от 90 лет и более

Эта периодизация несколько отличается от предложенной В.В. Бунаком за счет выделения периода раннего детства, смещения границ второго детства и подросткового периода и, кроме того, в данной классификации представлены все периоды постнатального онтогенеза. Однако следует учитывать, что всякая возрастная периодизация довольно условна, но необходима для учета меняющихся в процессе онтогенеза физиологических и морфологических свойств организма, для разработки научно обоснованной системы охраны здоровья, системы обучения, разработки социальных программ и так далее. Также не следует забывать, что не всегда календарный (паспортный) возраст соответствует их биологической зрелости, возможны и задержка биологического развития, и его ускорение. Следует признать, что проблема возрастной периодизации окончательно не решена, прежде всего потому что все существующие периодизации, включая и общепринятую, недостаточно физиологически обоснованы. Они, в частности, не учитывают адаптивно-приспособительный характер развития и механизмы, обеспечивающие надежность функционирования физиологических систем и целостного организма на каждом этапе онтогенеза. Это определяет необходимость выбора наиболее информативных критериев периодизации. Одним из таких критериев может служить оценка энергетических возможностей организма, предложенная Рубнером (1908), и претендующих на объяснение различных количественных особенностей энергетических процессов и физиологических отправлений организма в разные возрастные периоды.

Зрелость - самый длительный для большинства людей период жизни. Его верхнюю границу разные авторы определяют по-разному: от 50-55 до 65-70 лет. Согласно Э. Эриксону, зрелость охватывает время от 25 до 65 лет, т.е. 40 лет жизни.

Зрелость считается порой полного расцвета личности, когда человек может реализовать весь свой потенциал, добиться наибольших успехов во всех сферах жизни. Это время исполнения своего человеческого предназначения - как в профессиональной или общественной деятельности, так и в плане преемственности поколений.

Не совпадают нижние и верхние границы зрелости в классификациях разных авторов. Д. Биррен выделяет раннюю зрелость (17-25 лет), зрелость как таковую (25-50 лет) и позднюю зрелость (50-75 лет).Д. Бромлей выделяет четыре периода зрелости, называемой им взрослостью: ранняя взрослость (21-25 лет), средняя взрослость (25-40 лет), поздняя (40-55 лет), предпенсионный возраст (55-65 лет).

Все авторы отмечают неоднородность зрелости, в которой выделяют раннюю и позднюю зрелость.

Нет единого мнения по поводу нижних и верхних границ выделенных авторами возрастных периодов и в отношении ранней и поздней зрелости. Один автор считает началом ранней зрелости 17 лет, другой - 25. Разница составляет 4 года. Заканчивается период ранней зрелости по одной классификации в 25 лет, по другой - в 40. Разница составляет 15 лет.

Разноречивость в определении возрастных границ, верхних и нижних, объясняется разными принципами построения классификаций возрастных периодов: физиологическим, антропологическим, демографическим, психологическим. Следует согласиться с тем, что психологические и физиологические показатели развития по времени могут не совпадать, что и находит отражение в возрастных характеристиках. Что же касается большого охвата возрастов в возрастном периоде, то это, скорее всего, можно объяснить тем, что авторы классификаций не располагаю достаточным экспериментальным материалом. Однако, несмотря на разные подходы к построению возрастной периодизации взрослого человека, следует обратить внимание на то, что все авторы отмечают неоднородность зрелости, фазность в развитии взрослого человека в течение жизни.

Большая часть исследователей относит начало периода взрослости к моменту окончания юности - к 18-19 годам, а конец - к возрасту 55-60 лет (Бодалев А.А., 1999). В этом диапазоне выделяют ряд стадий:

) ранней взрослости (18-30 лет);

) средней взрослости (30-45 лет);

) поздней взрослости (45-55 лет);

) предпенсионного возраста (50-55 лет для женщин: 55 - 60 лет для мужчин). При этом на каждой стадии отмечаются характерные для нее особенности.

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

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

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

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

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

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

Двадцатилетние обычно имеют дело с выбором супруга и карьеры, намечают жизненные цели и начинают их осуществление. Позже, около тридцати лет, многие приходят к переоценке своих прежних выборов супруга, карьеры, жизненных целей: иногда доходит дело до развода и смены профессии. Наконец, первые годы после тридцати, как правило, - это время сживания с новыми или вновь подтверждаемыми выборами.

Средняя зрелость (35-45 лет). Этот период является периодом своеобразной переоценки личностных целей и притязаний и часто сопровождается внезапным ощущением и осознанием того, что уже прожито полжизни - "кризис середины жизни" (Джекс, 1965). Кризис середины жизни - это нормативное, связанное с возрастным развитием событие; это то время, когда люди критически анализируют и оценивают свою жизнь. Одни могут быть удовлетворены ею, считая, что они достигли пика возможностей. Для других анализ прожитых лет может стать болезненным процессом [25, с. 201].

Кризис середины жизни обычно определяется расхождением между мечтами, целями молодости действительными, достигнутыми результатами. Поскольку мечты молодости чаще являются не очень реальными, но и оценка достигнутого также часто оказывается негативной и окрашенной отрицательными эмоциями. Человек начинает пессимистично оценивать и свое будущее - "уже не успеть", а менять что-либо уже поздно." [49, С.235].

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

Положение в обществе у взрослых людей более высоко, чем у молодых: уже накоплен жизненный опыт, есть знания и умения, которые приобретаются только с возрастом. Взрослый человек способен принимать самостоятельные решения и главное - нести ответственность за сделанный выбор, быть хозяином собственной судьбы. Он обладает сложившейся (но не закостенелой) системой жизненных ценностей, принципов и убеждений, которую воплощает на деле. На этой основе складываются его индивидуальный стиль жизни и жизненная философия. Взрослый человек стремится и умеет быть самим собой, ценит свою неповторимость.

По словам А.А. Реана, с возрастом человек становится более психологически устойчив, поскольку обладает достаточно стабильной самооценкой, хорошо знает себя и собственные возможности, пережил кризисы и трудности предыдущих возрастов. Чувствуя свое преимущество, он стремится поддерживать окружающих, заботиться о помогать более слабым и зависимым. Ему важно ощущать нужность для других, иметь возможность влиять на окружающий мир. Вместе с тем люди с богатым жизненным опытом философски относятся к жизни, принимая ее такой, какая она есть. Они проявляют большую терпимость к человеческим слабостям и недостаткам, способны прощать себе и другим неудачи и ошибки [34, С. 213].

После 35 лет многие оценивают предыдущий жизненный период как достаточно спокойную фазу жизни. Независимо от внешних событий большинство людей ощущали в это время внутреннее равновесие и уверенность в себе. Ближе к 40 годам подобная уверенность постепенно исчезает. Взрослый человек вступает в самый критический период жизни - "десятилетие роковой черты" (35-45 лет). Духовность должна занять место рассудочности. Именно тогда происходит проявление Самости человека - его истинного "Я". Как пишет Гейл Шихи: "Независимо от того, что мы делали до сих пор, в нас есть нечто, что мы подавляли, и сейчас оно рвется наружу". Поэтому бывает, что в возрасте около 40 лет люди меняют семью, профессию, образ жизни и начинают все с нуля.

Женщины, которые до сих пор отдавали все силы семье, в это время ощущают большую потребность заняться собой или карьерой, расценивая это как последний шанс наверстать упущенное.

В зрелости, как и в молодости, главные стороны жизни - профессиональная деятельность и семейные отношения. Но если в молодости она включала овладение выбранной профессии и выбор спутника жизни, то в зрелости это - реализация себя, полное раскрытие своего потенциала в профессиональной деятельности и семейных отношениях.

Э. Эриксон считает основной проблемой зрелости выбор между продуктивностью и инертностью.

Понятие продуктивности по Э. Эриксону - творческая, профессиональная продуктивность, а также вклад в воспитание и утверждение в жизни следующего поколения. Продуктивность по Э. Эриксону связана с заботой "о людях, результатах и идеях, к которым человек проявляет интерес". Инертность ведет к поглощенности собой, своими личными потребностями [50, С.52].

Важнейшей особенностью зрелости является осознание ответственности за содержание своей жизни перед самим собой и перед другими людьми.

Развитие личности зрелого человека требует избавления от неоправданного максимализма, характерного для юности и частично молодости, взвешенности и многогранности подхода к жизненным проблемам, в том числе к вопросам своей профессиональной деятельности. Накопленный опыт, знания, умения представляют для человека огромную ценность, но могут создавать ему и трудности в восприятии новых профессиональных идей, тормозить рост его творческих возможностей. Прошлый опыт при отсутствии разумной гибкости и многогранности может стать источником консерватизма, ригидности, неприятия всего того, что исходит не от себя самого.

Часть людей проживает еще один "внеплановый кризис" 40 лет (бывает раньше и позже). Это как бы повторение кризиса 30 лет, кризиса смысла жизни, если кризис 30 лет не привел к должному решению проблем. Кризис 40 лет нередко вызывается и обострением семейных отношений. Дети, как правило, вырастают и начинают жить своей жизнью, умирают некоторые близкие родственники и родственники старшего поколения. Утрата непосредственного участия в жизни детей способствует окончательному осознанию характера супружеских отношений. Зачастую бывает, что кроме детей супругов ничто значимое для них обоих не связывает. В случае возникновения кризиса 40 лет, человеку вновь приходится перестраивать свой жизненный замысел, вырабатывать новую "Я - концепцию". Этот кризис может серьезно изменить жизнь человека вплоть до смены профессии и создания новой семьи.

# ***Глава 3. Экспериментальное исследование взаимосвязи проявлений алекситимии и акцентуаций характера, уровня невротизации и психопатизации женщин зрелого возраста***

**Цель** данного исследования: выявить взаимосвязь между уровнем алекситимии и акцентуациями характера, а также уровнями невротизации и психопатизации у женщин зрелого возраста.

Исходя из теоретического анализа по проблеме и гипотезы данного исследования, в экспериментальной части были поставлены следующие **задачи:**

1. Сформировать группу испытуемых.

2. Сформировать банк методик, адекватных рассматриваемой проблеме.

. С помощью методик провести исследование для выявления взаимосвязи между проявлениями алекситимии и акцентуациями характера, а также уровнями невротизации и психопатизации у женщин зрелого возраста.

. Провести анализ результатов исследования и представить их в количественном, качественном и графическом видах.

**База исследования:** экспериментальная выборка состоит из 33 женщин в возрасте 21-50 лет.

# ***3.1 Организация и методы исследования***

Выбор методов и конкретных методик исследования осуществлялся в соответствии с целями и задачами настоящей работы. Были использованы:

I. Метод наблюдения.

II. Метод психодиагностики с применением методик:

) Торонтская алекситимическая шкала.

2) Тест Леонгарда - Шмишека.

) Опросник определения уровня невротизации и психопатизации.

III. Методы математической статистики.

Методика "Торонтская алекситимическая шкала".

Методика предназначена для диагностика уровня алекситимии и адаптирована в институте им.В.М. Бехтерева. Алекситимия представляет собой сниженную способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. Бланк методики включаюет 26 вопросов и 5-тибальную шкалу степени согласия.

Торонская алекситимическая шкала выявляет уровень алекситимии у людей с психосоматическими расстройствами, людей с неврозами и здоровых лиц. Люди получившие 58-60,6 баллов относятся к здоровым; 60,6-71,4баллов - лица с неврозами; 72 балла и выше люди с психосоматическими заболеваниями.

По данным авторов методики, "алекситимический" тип личности получает 74 балла и выше. "Неалекситимический" тип личности набирает 62 балла и ниже.

Методика "Опросник К. Леонгарда - Н. Шмишека".

Опросник предназначен для диагностики типа **акцентуации** личности. Теоретической основой опросника является концепция "акцентуированных личностей" *К. Леонгарда*, который считает, что присущие личности черты могут быть разделены на основные и дополнительные. Основные черты составляют стержень, ядро личности. В случае яркой выраженности (акцента) основные черты становятся акцентуациями характера. Соответственно личности, у которых основные черты ярко выражены, названы Леонгардом "акцентуированными".

Опросник содержит 10 шкал (гипертимность, ригидность, эмотивность, педантичность, тревожность, циклотимность, демонстративность, возбудимость, дистимность, экзальтированность), в соответствии с десятью выделенными Леонгардом типами акцентуированных личностей.

Характерологический опросник Леонгарда включает в себя 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера.

Для проведения тестирования требуется сам опросник и ответный бланк. Тестирование может проводиться как индивидуально, так и в групповом варианте. Опросник может с успехом применяться как для исследования взрослых, так и для изучения школьников, начиная с 14 лет. После тестирования психолог обрабатывает ответный бланк с помощью ключей. В результате он получает показатели по каждому из типов акцентуаций (сырые баллы). Затем полученные показатели преобразуются с помощью соответствующих коэффициентов по формуле: Сырые Баллы \* Коэффициент = Итоговый Показатель.

Описание акцентуаций по Леонгарду.

Демонстративный тип. Высокие оценки по этой шкале говорят о повышенной способности к вытеснению, демонстративности поведения.

Педантичный тип. Высокие оценки говорят о ригидности, инертности психических процессов, о долгом переживании травмирующих событий.

Застревающий тип. Основная черта этого типа - чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию сверхценных идей.

Возбудимый тип. Таким людям свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и обсуждениями.

Гипертимный тип. Высокие оценки говорят о постоянном повышенном фоне настроения в сочетании с жаждой деятельности, высокой активностью, предприимчивостью.

Дистимический тип. Этот тип является противоположным предыдущему, характеризуется сниженным настроением, фиксацией на мрачных сторонах жизни, идеомоторной заторможенностью.

Тревожно-боязливый тип. Основная черта - склонность к страхам, повышенная робость и пугливость, высокий уровень тревожности.

Циклотимический тип. Людям с высокими оценками по этой шкале соответствует смена гипертимических и дистимических фаз.

Аффективно-экзальтированный тип. Лицам этого типа свойственен большой тип эмоциональных состояний, они очень легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаянье от печальных.

Эмотивнй тип. Это чувствительные и впечатлительные люди, отличаются глубиной переживаний в области тонких эмоций в духовной жизни человека.

Опросник применяется как для психологической консультации, так и с целью профотбора и профориентации.

Сумма баллов в диапазоне *от 15 до 19* говорит о тенденции к тому или иному типу акцентуации. В случае *превышения 19 баллов* черта характера является акцентуированной. Полученные данные могут быть представлены в виде "профиль личностной акцентуации".

Методика "Опросник определения уровня невротизации и психопатизации".

В настоящее время многие области профессиональной деятельности человека связаны с нервно-психическим напряжением, стрессами. Урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки, усиливая это напряжение, зачастую способствуют возникновению и развитию пограничных форм нервно-психической патологии, что выводит вопросы психогигиены и психопрофилактики в ряд важнейших задач охраны психического здоровья человека. Решение этих проблем связано прежде всего с необходимостью ранней диагностики субклинических проявлений такого рода состояний, в частности, невротизации, психопатизации н предрасположенности к ним, что оказывается весьма затруднительным в связи с нечеткими границами клинической картины различных форм пограничных состояний, с одной стороны, и со сложностью организации тщательного психоневрологического исследования крупных контингентов.

Развертывание исследовательской и практической работы в области психогигиены и психопрофилактики заболеваний, связанных с особенностями труда и спецификой условий жизни, в частности невротических состояний и психопатических декомпенсаций, ставит перед психологом задачу создания экспресс - методов, которые, будучи обоснованными и чувствительными при достаточной простоте, обеспечили бы возможность обследования крупных контингентов на предмет выявления "группы риска”, подлежащей детальному исследованию психоневрологом.

Опросник создан в 1974 году в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им.В.М. Бехтерева на основе теории распознавания образов. Предназначен для психологической экспресс-диагностики особенностей личности, характерных для пограничных нервно-психических расстройств и определения степени их выраженности, выявления лиц с высоким риском развития невротических состояний и психосоциальной дезадаптации.

В опроснике сформулированы две основные шкалы (невротизации и психопатизации), каждая из которых включает 40 утверждений. Утверждения шкал чередуются (нечетные - невротизации, четная - психопатизации). Кроме этих шкал, в опросник введена шкала неискренности для суждения об откровенности ответов обследуемого.

Общей оценкой по каждой шкале является алгебраическая сумма диагностических коэффициентов.

Данные анализа, образующих шкалы утверждений позволили составить психологические характеристики лицам, имеющим крайние оценки по разработанным шкалам.

Следует отметить, что чем дальше от полюса шкал будут располагаться индивидуальные оценки, тем в меньшей степени индивидам будут присущи приводимые ниже характеристики.

При*высоком уровне невротизации (*высокая по абсолютной величине*отрицательная* оценка) может наблюдаться выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность). Безынициативность этих лиц формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний. Их эгоцентрическая личностная направленность проявляется как в склонности к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, так и в сосредоточенности на переживаниях своих личностных недостатков. Это, в свою очередь, формирует чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальную робость и зависимость.

При*низком уровне невротизации (*высокая по абсолютной величине*положительная* оценка) отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, простота в реализации своих желаний формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении.

*Высокий уровень психопатизации* свидетельствует о беспечности и легкомыслии, холодном отношении к людям, напористости, упрямстве в межличностных взаимодействиях. Этим лицам присуща тенденция к выходу за рамки общепринятых норм и морали, что может приводить к непредсказуемости их поступков и созданию конфликтных ситуаций.

*Низкий уровень психопатизации* может говорить об осмотрительности, уступчивости, ориентированности на мнение окружающих, о приверженности к строгому соблюдению общепринятых правил и норм поведения.

III. Методы математической статистики.

Полученные данные были обработаны при использовании программы Statistic 6.0, произведен анализ и интерпретация результатов.

# ***3.2 Обсуждение и анализ результатов исследования***

Сводная таблица данных результатов диагностики в сырых баллах по всем использованным методикам приведена в таблице 1 (Приложение А).

**Результаты диагностики по методике "Торонская алекситимическая шкала"**

Средний балл по шкале составил 61,8, что формально относится к "неалекситимическому" типу личности, но является пограничным уровнем (норма - 62 балла). По результатам диагностики уровня алекситимии были получены следующие результаты: 17 человек (52 %) - неалекситимический тип личности; 12 человек (36 %) - пограничный тип личности; 4 человека (15 %) - алекситимический тип личности.

Таким образом, большую часть испытуемых (52%) характеризует способность легко выражать собственные эмоции, опознавать и описывать то, что они действительно чувствуют. Треть испытуемых (33%) характеризует сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. И 15 % испытуемых показали выраженное наличие алекситимии, что свидетельствует о том, что этим людям сложно осознавать и выражать свои чувства и эмоции.

Диаграмма 1. Результаты диагностики по методике "Торонская алекситимическая шкала".



**Результаты диагностики по методике определения акцентуаций характера Леонгарда - Шмишека.**

По результатам диагностики были получены следующие результаты:

по шкале "демонстративность" среднее значение составило 14,1 балла;

по шкале "застревание" среднее значение составило 14,8 балла;

по шкале "педантичност" среднее значение составило 11,2 балла;

по шкале "возбудимость" среднее значение составило 10,9 балла;

по шкале "эмотивность" среднее значение составило 16,5 балла;

по шкале "гипертимность" среднее значение составило 11,4 балла;

по шкале "дистимность" среднее значение составило 6,8 балла;

по шкале "тревожность" среднее значение составило 11,8 балла;

по шкале "циклотимность" среднее значение составило 14,8 балла.

Гистограмма 1. Результаты диагностики по методике диагностики акцентуаций характера ленгарда-Шмишека.



Таким образом, испытуемых характеризует чувствительность, гуманность, впечатлительность, исполнительность. Для них характерны настороженность и недоверчивость по отношению к людям, инертность в проявлении аффектов, в мышлении. Также им свойственны периодические смены настроения.

**Результаты диагностики по методике "Опросник определения уровня невротизации и психопатизации".**

По результатам диагностики уровня невротизации были получены следующие результаты: 2 человека (9 %) - низкий уровень; 10 человек (43 %) - неопределенный уровень; 11человек (48 %) - высокий уровень.

Диаграмма 2. Результаты диагностики по методике "УНП". Уровень невротизации.



По результатам диагностики уровня психопатизации были получены следующие результаты: 5 человек (15 %) - низкий уровень; 16 человек (49 %) - неопределенный уровень; 12 человек (36 %) - высокий уровень.

Диаграмма 3. Результаты диагностики по методике "УНП". Уровень психопатизации



**Корреляционный анализ.**

С целью выявления взаимосвязи между уровнем алекситимии и акцентуациями характера, а также уровнями невротизации и психопатизации у женщин зрелого возраста мы провели корреляционный анализ. Проверка на нормальность проводилась по критерию Колмогорова-Смирнова. На основе данных констатируется, что распределения по всем признакам нормальные, следовательно, можно применить параметрический критерий. В нашей работе - это коэффициент корреляции Спирмана. Коэффициент корреляции мы получили с помощью программы "Статистика 6.0", учитывая те показатели коэффициента корреляции, при которых ошибка первого рода меньше 0,01 (p < 0,01).

По результатам корреляционного анализа статистически достоверными обнаружены 4 взаимосвязи.

Значимые взаимосвязи корреляционного анализа. Результаты достоверны на уровне р Ј 0,01.

Таблица 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Методика Леонгарда - Шмишека | Опросник определения уровня невротизации и психопатизации |
|  | Демонстративный тип | Эмотивный тип | Шкала невротизации | Шкала психопатизации |
| Торонтская алекситимическая шкала | -0,383 | -0,447 | 0,414 | 0,410 |

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,38) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Демонстративный тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как демонстративность поведения, легкость в установлении контактов, артистизм, позерство, стремление к лидерству, потребность в признании и жажда постоянного внимания к своей персоне.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,44) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Эмотивный тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как тревожность, болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость и исполнительность.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует прямая значимая связь (r = 0,41) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Шкала невротизации" (Опросник определения уровня невротизации и психопатизации).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем выше тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность, склонность к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, неуверенность в себе, переживание своих личностных недостатков, чувство собственной неполноценности, безынициативность, затрудненность в общении и плохая общая приспособленность.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует прямая значимая связь (r = 0,41) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Шкала психопатизации" (Опросник определения уровня невротизации и психопатизации).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем выше беспечность и легкомыслие, холодное отношении к людям, напористость, упрямство в межличностных взаимодействиях.

Таким образом, в исследовании выявлена взаимосвязь между уровнем алекситимии и акцентуациями характера и уровнем невротизации и психопатизации личности.

В целях выявления специфики взаимосвязей совокупная выборка была разделена по признаку выраженности алекситимии на три группы. Первую группу составили респонденты с неалекситимическим типом личности, вторую - с пограничным типом личности и третью - с алекситимическим типом личности.

**Результаты корреляционного анализа по "неалекситимической" выборке**.

По результатам корреляционного анализа статистически достоверными обнаружены 3 взаимосвязи.

Таблица 2.

Значимые взаимосвязи корреляционного анализа по "неалекситимической" выборке. Результаты достоверны на уровне р Ј 0,01.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Методика Леонгарда - Шмишека | Социальное положение |
|  | Демонстративный тип | Гипертимный тип |  |
| Торонтская алекситимическая шкала | -0,616 | -0,410 | -0,409 |

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,61) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Демонстративный тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как демонстративность поведения, легкость в установлении контактов, потребность в признании.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,41) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Гипертимный тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как общительность, болтливость, высокий жизненный тонус, энергичность и деятельность.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,41) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Социальное положение".

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем вероятнее женщина не состоит в браке и не имеет партнера.

**Результаты корреляционного анализа по "пограничной" выборке.**

По результатам корреляционного анализа статистически достоверными обнаружены 3 взаимосвязи.

Таблица 3.

Значимые взаимосвязи корреляционного анализа по "пограничной" выборке. Результаты достоверны на уровне р Ј 0,01.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Методика Леонгарда - Шмишека | Шкала психопатизации |
|  | Возбудимый тип | Дистимический тип |  |
| Торонтская алекситимическая шкала | 0,368 | 0,379 | -0,370 |

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует прямая значимая связь (r = 0,36) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Возбудимый тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем более свойственны личности такие качества, как недостаточная управляемость, ослабление контроля над побуждениями, повышенная импульсивность и раздражительность.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,61) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Дистимический тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем более свойственны личности такие качества, как подавленность настроения, медлительность, слабость волевых усилий, пессимистическое отношение к будущему.

В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,37) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Шкала психопатизации" (УНП).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как беспечность и легкомыслие, холодное отношении к людям, напористость, упрямство в межличностных взаимодействиях.

**Результаты корреляционного анализа по "алекситимичной" выборке.**

По результатам корреляционного анализа статистически достоверными обнаружены 7 взаимосвязей.

Таблица 4.

Значимые взаимосвязи корреляционного анализа по "алекситимичной" выборке. Результаты достоверны на уровне р Ј 0,01.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Возраст | Методика Леонгарда - Шмишека | Опросник определения уровня невротизации и психопатизации | Социальное положение |
|  |  | Застревающий тип | Тревожный тип | Циклотимный тип | Шкала невротизации | Шкала психопатизации |  |
| Торонтская алекситимическая шкала | -0,587 | -0,711 | -0,670 | 0,538 | 0,857 | 0,880 | -0,627 |

**Выводы по третьей главе**

1. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = 0,58) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Возраст".

Таким образом, чем моложе женщина, тем выше уровень алекситимии.

. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,71) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Застревающий тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества как настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствительность к обидам и огорчениям, уязвимость, подозрительность и инертность.

. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,67) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Тревожный тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как робость, пугливость, неуверенность в себе.

. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует прямая значимая связь (r - 0,53) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Циклотимный тип" (Методика Леонгарда - Шмишека).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем более свойственны личности частые периодические смены настроения.

. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует прямая значимая связь (r = 0,85) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Шкала невротизации" (Опросник определения уровня невротизации и психопатизации).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем выше тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность, склонность к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, неуверенность в себе, переживание своих личностных недостатков, чувство собственной неполноценности, безынициативность, затрудненность в общении и плохая общая приспособленность.

. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует прямая значимая связь (r = 0,88) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Шкала психопатизации" (Опросник определения уровня невротизации и психопатизации).

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем выше беспечность и легкомыслие, холодное отношении к людям, напористость, упрямство в межличностных взаимодействиях.

. В экспериментальном исследовании выявлено, что существует обратная значимая связь (r = - 0,62) между шкалой "Уровень алекситимии" (Торонтская алекситимическая шкала) и шкалой "Социальное положение".

Таким образом, чем выше уровень алекситимии, тем вероятнее женщина не состоит в браке и не имеет партнера.

# ***Заключение***

Согласно имеющимся в литературе описаниям, для лиц с алекситимией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера этих пациентов отличается слабой дифференцированностью. Они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей. Когнитивная сфера лиц с алекситимией отличается недостаточностью воображения, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабостью функции символизации и категоризации в мышлении. Личностный профиль этих пациентов характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно недостаточностью функции рефлексии. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Последнее усугубляется еще и тем, что на фоне низкой эмоциональной дифференцированности у них в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых плохо осознаются пациентами. Ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии, становятся значительным препятствием в психотерапевтической работе с этими больными.

Алекситимия рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к заболеваниям психосоматической специфичности.

Психологические исследования, направленные на изучение феномена алекситимии, немногочисленны и носят несистематизированный характер. Практика же показывает необходимость в таких исследованиях.

В изучении происхождения алекситимии существуют три основных теории: биологическая теория, теория травматической соматизации, теория социального научения. Биологическая теория рассматривает алекситимию как первичный процесс, в котором ведущая роль принадлежит генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга. Теория травматической соматизации рассматривает алекситимию как вторичный процесс. К вторичной алекситимии относят состояние глобального торможения аффектов или "оцепенения", наступающее в результате тяжелой психологической травмы (модель "отрицания"). Третий - социологический - подход объясняет появление синдрома алекситимии в аспекте поведения, социальных и культурных факторов.

Целью данной работы было выявить взаимосвязь между уровнем алекситимии и акцентуациями характера, а также уровнями невротизации и психопатизации у женщин зрелого возраста. Для реализации поставленной цели был проведен анализ, связанный с темой исследования, сформулирована гипотеза, проведен подбор методик, протестирована выборка испытуемых.

Для подтверждения правомерности гипотезы нами осуществлено экспериментальное исследование.

К исследованию привлечено 33 женщины в возрасте от 21 до 50 лет.

В исследовании выявлена взаимосвязь между уровнем алекситимии и кцентуациями характера, а также уровнем невротизации и психопатизации личности. При этом чем выше уровень алекситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как демонстративность поведения, легкость в установлении контактов, артистизм, жажда постоянного внимания к себе. Чем выше уровень алкситимии, тем менее свойственны личности такие качества, как болтливость, боязливость, глубокие реакии в области тонких чувств, сопереживание, отзывчивость.

Чем выше уровень алекситимии, тем выше напряженность, растеренность, раздражительность, склонность к ипохондрическим фиксациям на неприятных соматических ощущениях, затруднённость в общении и плохая общая приспособленность.

А также было выявлено, что чем моложе женщина, тем выше у неё уровень алекситимии и тем вероятнее, что она не состоит в браке и не имеет партнера.

Подводя итоги исследования можно утверждать, что выдвинутая нами гипотеза о существовании взаимосвязи между алекситимией и акцентуациями характера, а также уровнем невропатизации и психопатизации подтвердилась.

В целом, цель исследования достигнута, задачи решены, гипотеза нашла свое экспериментальное подтверждение. Полученные результаты имеют теоретическую и практическую значимость.

# ***Литература***

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М., 2002.

. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991.

3. Асмолов А.Г. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%C0%F1%EC%EE%EB%EE%E2%20%C0.%C3.>, Братусь Б.С. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%C1%F0%E0%F2%F3%F1%FC%20%C1.%D1.>, Зейгарник Б.В. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%C7%E5%E9%E3%E0%F0%ED%E8%EA%20%C1.%C2.> и др. О некоторых перспективных исследованиях смысловых образований личности. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%CE%20%ED%E5%EA%EE%F2%EE%F0%FB%F5%20%EF%E5%F0%F1%EF%E5%EA%F2%E8%E2%ED%FB%F5%20%E8%F1%F1%EB%E5%E4%EE%E2%E0%ED%E8%FF%F5%20%F1%EC%FB%F1%EB%EE%E2%FB%F5%20%EE%E1%F0%E0%E7%EE%E2%E0%ED%E8%E9%20%EB%E8%F7%ED%EE%F1%F2%E8.> // Вопросы психологии. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%20%C2%EE%EF%F0%EE%F1%FB%20%EF%F1%E8%F5%EE%EB%EE%E3%E8%E8.> 1979.

. Бурлачук, Л.Ф., Морозов, С.М. Словарь-справочник по психодиагностике/ Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. СПб. 2002.

. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2.

. Вдовиченко, А.А. О типах акцентуации характера у делинквентных подростков: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии / А.А. Вдовиченко. Л., 1976.

. Вотчин, И.С., Бочкарев А.А. Характер как совокупность социально обусловленных свойств личности: Учебно-методическое пособие. / И.С. Вотчин, А.А. Бочкарев. - Новосибирск, 2000.

. Выготский Л.С. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%20%C2%FB%E3%EE%F2%F1%EA%E8%E9%20%CB.%D1.>Собрание сочинений. Т. 3. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%D1%EE%E1%F0%E0%ED%E8%E5%20%F1%EE%F7%E8%ED%E5%ED%E8%E9.%20%D2.%203.> М., 1983.

. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика: Психология индивидуальных различий / П.Б. Ганнушкин.М., 1982.

. Гиппенрейтер, Ю.Б. Введение в общую психологию: Курс лекций / Ю.Б. Гиппенрейтер.М. 1996.

. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. СПб. Речь, 2003. - 655с.

. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. - Клиническая медицина. 1997. №11. С. 32-34.

. Дружинин, В.Н. Экспериментальная психология: Учебник для вузов / В.Н. Дружинин. - 2-е изд., доп. СПб.: Питер. 2004.

. Ересько Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Методическое пособие. - С-Петербург. 1994.

. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. - СПб: Изд-во "Питер", 2000.

. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная клиническая психиатрия. 1995. №5. С.96-102.

. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - СПб, 2004. - 960с.

. Коростелева И.С., Ротентберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С.136-143.

. Леонтьев А.Н. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%CB%E5%EE%ED%F2%FC%E5%E2%20%C0.%CD.> Избранные психологические произведения. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%C8%E7%E1%F0%E0%ED%ED%FB%E5%20%EF%F1%E8%F5%EE%EB%EE%E3%E8%F7%E5%F1%EA%E8%E5%20%EF%F0%EE%E8%E7%E2%E5%E4%E5%ED%E8%FF.> М., 1983.

. Методическое руководство по применению личностного опросника Р. Кеттелла 16 PF. - Спб., 1998.

. Немов Р.С. Психология. Учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений. В 3 кн. Кн.1 Общие основы психологии - 2-е изд. - М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995г.

. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование.М., 1987

. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. и др. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда. - Клиническая медицина, 1998. №11. С.25-27.

. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // Российский медицинский журнал. 1998. №6. с.45 - 47.

. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие.М. ВЛАДОС, 1996г.

. Рубинштейн С.Л. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%D0%F3%E1%E8%ED%F8%F2%E5%E9%ED%20%D1.%CB.> Проблемы общей психологии. <file:///C:\db\search.html?not\_mid=1155658&words=%CF%F0%EE%E1%EB%E5%EC%FB%20%EE%E1%F9%E5%E9%20%EF%F1%E8%F5%EE%EB%EE%E3%E8%E8.> М., 1973.

. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - Т. VIII. - вып.2. - с.18 - 24.

. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных личностных расстройствах и соматических заболеваниях. М. 1995.

# ***Приложения***

***Приложение 1***

**Тест Леонгарда-Шмишека**.

Тест содержит 10 шкал, в соответствии с 10 выделенными Леонгардом типами акцентуированных личностей, и состоит из 88 вопросов, на которые надо ответить "да” или "нет”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | + | - |
| 1. У Вас чаще веселое и беззаботное настроение?  |  |  |
| 2. Вы чувствительны к оскорблениям?  |  |  |
| 3. Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе?  |  |  |
| 4. Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно?  |  |  |
| 5. В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники?  |  |  |
| 6. Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?  |  |  |
| 7. Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?  |  |  |
| 8. Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?  |  |  |
| 9. Вы серьезный человек?  |  |  |
| 10. Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-то?  |  |  |
| 11. Предприимчивы ли Вы?  |  |  |
| 12. Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?  |  |  |
| 13. Мягкосердечны ли Вы?  |  |  |
| 14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?  |  |  |
| 15. Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников?  |  |  |
| 16. Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?  |  |  |
| 17. Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?  |  |  |
| 18. Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?  |  |  |
| 19. Любят ли Вас Ваши знакомые?  |  |  |
| 20. Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?  |  |  |
| 21. У Вас часто несколько подавленное настроение?  |  |  |
| 22. Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?  |  |  |
| 23. Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте?  |  |  |
| 24. Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?  |  |  |
| 25. Можете ли Вы зарезать курицу или овцу?  |  |  |
| 26. Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стараетесь поправить их?  |  |  |
| 27. Вы в детстве боялись оставаться один в доме?  |  |  |
| 28. Часто ли у Вас бывают колебания настроения?  |  |  |
| 29. Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?  |  |  |
| 30. Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?  |  |  |
| 31. Можете ли Вы быть абсолютно, беззаботно веселым?  |  |  |
| 32. Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?  |  |  |
| 33. Как вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле? 34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно?  |  |  |
| 35. Вам трудно переносить вид крови? Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений?  |  |  |
| 36. Вы любите работу с высокой личной ответственностью?  |  |  |
| 37. Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?  |  |  |
| 38. В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?  |  |  |
| 39. Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?  |  |  |
| 40. Общительны ли Вы?  |  |  |
| 41. В школе Вы охотно декламировали стихи?  |  |  |
| 42. Убегали ли Вы в детстве из дома?  |  |  |
| 43. Кажется ли Вам жизнь трудной?  |  |  |
| 44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось невыносимым?  |  |  |
| 45. Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?  |  |  |
| 46. Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если Вас кто-то обидел?  |  |  |
| 47. Вы очень любите животных?  |  |  |
| 48. Возвращаетесь ли Вы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится?  |  |  |
| 49. Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное?  |  |  |
| 50. Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?  |  |  |
| 51. Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?  |  |  |
| 52. Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит?  |  |  |
| 53. У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми?  |  |  |
| 54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?  |  |  |
| 55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?  |  |  |
| 56. Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?  |  |  |
| 57. Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?  |  |  |
| 58. Часто ли бывает Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях?  |  |  |
| 59. В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?  |  |  |
| 60. Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище?  |  |  |
| 61. Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?  |  |  |
| 62. Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на следующий день встаете в подавленном, длящемся несколько часов?  |  |  |
| 63. Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?  |  |  |
| 64. Бывают ли у Вас головные боли?  |  |  |
| 65. Вы часто смеетесь?  |  |  |
| 66. Можете ли Вы быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете?  |  |  |
| 67. Вы подвижный человек?  |  |  |
| 68. Вы очень переживаете из-за несправедливости?  |  |  |
| 69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом?  |  |  |
| 70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?  |  |  |
| 71. Вы очень боязливы?  |  |  |
| 72. Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?  |  |  |
| 73. В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности?  |  |  |
| 74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости?  |  |  |
| 75. Часто ли Вас тянет путешествовать?  |  |  |
| 76. Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным?  |  |  |
| 77. Легко ли Вам поднять настроение друзей в компании?  |  |  |
| 78. Долго ли Вы переживаете обиду?  |  |  |
| 79. Долго ли Вы переживаете горести других людей?  |  |  |
| 80. Часто ли, будучи школьником. Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу?  |  |  |
| 81. Относитесь ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?  |  |  |
| 82. Часто ли Вы видите страшные сны?  |  |  |
| 83. Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна?  |  |  |
| 84. В веселой компании Вы обычно веселы?  |  |  |
| 85. Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?  |  |  |
| 86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь?  |  |  |
| 87. В беседе Вы скудны на слова?  |  |  |
| 88. Если бы Вам необходимо играть на сцене. Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?  |  |  |

КЛЮЧ:

|  |  |
| --- | --- |
| Демостративный тип: +: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88. -: 51. Сумму ответов умножить на 2. Застревающий тип: +: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. -: 12, 46, 59. Сумму ответов умножить на 2. Педантичный тип: +: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83. -: 36. Сумму ответов умножить на 2. Возбудимый тип: +: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 81. Сумму ответов умножить на 3. Гипертимный тип: +: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77. Сумму ответов умножить на 3 | Дистимический тип: +: 9, 21, 43, 75, 87. Сумму ответов умножить на 3. Тревожный тип: +: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. -: 5. Сумму ответов умножить на 3. Экзальтированный тип: +: 10, 32, 54, 76. Сумму ответов умножить на 6. Эмотивный тип: +: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79. -: 25. Сумму ответов умножить на 3. Циклотимный тип: +: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84. Сумму ответов умножить на 3.  |

Максимальная сумма баллов после умножения - 24. Признаком акцентуации считается величина, превосходящая 12 баллов.

Выделенные Леонгардом 10 типов акцентуированных личностей разделены на 2 группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, эмотивный) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожный, циклотимический, экзальтированный)

***Приложение 2***

**Торонтская алекситимическая шкала (TAS)**

Торонтская алекситимическая шкала (TAS) состоит из 26 пунктов, предложенная в 1985 году G. Tayler. При заполнении опросника испытуемые характеризуют себя, используя для ответов шкалу Лайкерта - от "совершенно не согласен" до "совершенно согласен". При этом одна половина пунктов имеет положительный код, другая - отрицательный. Люди получившие 58-60,6 баллов относятся к здоровым; 60,6-71,4 баллов - люди с неврозами; 72 балла и выше - люди с психосоматическими заболеваниями. Алекситимичными считают людей, набравших по TAS 72 балла и более, отсутствию алекситимии соответствует показатель менее 62 баллов.

**Бланк ответов:**

Подсчет баллов осуществляется по ключу:

отрицательный код имеют пункты шкалы: 1 5 6 9 11 12 13 15 21 24.

Т.е. по этим пунктам следует поставить противоположную оценку:

оценка 1 получает 5 баллов, 2 - 4, 3 - 3, 4 - 2, 5 - 1.

Сумма по всем пунктам равна итоговому баллу.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы:  | Совершенно не согласен | Скорее не согласен | Ни то, ни другое | Скорее согласен | Совершенно согласен |
|  Когда я плачу, я всегда знаю, почему |   |   |   |   |   |
|  Мечты - это потеря времени |   |   |   |   |   |
|  Я хотел бы быть не таким застенчивым |   |   |   |   |   |
|  Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю |   |   |   |   |   |
|  Я часто мечтаю о будущем |   |   |   |   |   |
|  Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие |   |   |   |   |   |
| Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений |   |   |   |   |   |
|  Мне трудно находить правильные слова для моих чувств |   |   |   |   |   |
| Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам |   |   |   |   |   |
|  У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам |   |   |   |   |   |
|  Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит |   |   |   |   |   |
| Я способен с легкостью описать свои чувства |   |   |   |   |   |
|  Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать |   |   |   |   |   |
|  Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол |   |   |   |   |   |
|  Я часто даю волю воображению |   |   |   |   |   |
|  Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим |   |   |   |   |   |
| Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле |   |   |   |   |   |
|  Я редко мечтаю |   |   |   |   |   |
|  Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так |   |   |   |   |   |
|  У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение |   |   |   |   |   |
|  Очень важно уметь разбираться в эмоциях |   |   |   |   |   |
|  Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям |   |   |   |   |   |
| Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства |   |   |   |   |   |
|  Следует искать более глубокие объяснения происходящему |   |   |   |   |   |
| Я не знаю, что происходит у меня внутри |   |   |   |   |   |
| Я часто не знаю, почему я сержусь |   |   |   |   |   |

***Приложение 3***

**Опросник определения уровня невротизации и психопатизации.**

Уровень психопатизации и невротизации

|  |
| --- |
| В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ползание мурашек, онемение.  |
| Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.  |
| Я редко задыхаюсь и у меня не бывает сильных сердцебиений.  |
| Мне часто хотелось бы быть женщиной (если вы женщина: я довольна тем, что я женщина, а не мужчина).  |
| Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.  |
| Страх перед мышами у меня отсутствует.  |
| Голова у меня болит часто.  |
| Бывали случаи, когда мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь, например, в магазине.  |
| Временами мне таю и хочется выругаться.  |
| Кое-кто рад бы мне навредить.  |
| Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.  |
| Бывало, что в школе меня вызывали к директору за озорство.  |
| Сейчас я себя чувствую лучше, чем когда-либо.  |
| Я стараюсь запомнить всякие интересные истории, чтобы потом рассказывать их другим.  |
| Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.  |
| О любви я читаю с удовольствием.  |
| У меня бывали периоды, когда из-за волнений я терял сон.  |
| Иногда я говорю неправду.  |
| Обычно работа стоит мне большого напряжения.  |
| Я придерживаюсь принципов нравственности и морали более строго, чем большинство других людей.  |
| Иногда я бываю так возбужден, что это даже мешает мне заснуть.  |
| Я хотел бы быть автогонщиком.  |
| Большую часть времени я вполне доволен жизнью.  |
| Я злоупотреблял спиртными напитками.  |
| У меня гораздо меньше всяких опасений и страхов, чем у моих знакомых.  |
| Я мало пугаюсь, когда вижу змей.  |
| Бывает, что я отвечаю на письма с опозданием.  |
| Я всегда был равнодушен к игре в куклы.  |
| Мне бы хотелось встречаться часто вне работы со своими знакомыми и друзьями:  |
| Мне часто кажется, что у меня комок в горле.  |
| Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.  |
| .32. Я люблю читать научно-полулярные журналы по технике.  |
| Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.  |
| Плохое настроение у меня быстро проходит, потому что всегда находится что-нибудь интересное, что меня отвлекает.;  |
| Я мало устают |
| Бывает, что я сержусь.  |
| Я верю в будущее.  |
| Нужно очень много доказательств, чтобы убедить людей в какой-нибудь истине.  |
| Я часто предаюсь грустным размышлениям.  |
| В школе я часто прогуливал уроки.  |
| Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.  |
| Я считаю, что детей следовало бы ознакомить со всеми вопросами половой жизни.  |
| Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.  |
| Охота мне нравится.  |
| Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.  |
| Как правило, отметки за поведение в школе у меня были неважными.  |
| Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.  |
| Временами я бываю полон энергии.  |
| У меня мало уверенности в себе.  |
| Временами я был вынужден обходиться резко с людьми, которые вели себя грубо или назойливо.  |
| Я вполне уверен в себе.  |
| Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по каким-либо причинам остается без наказания.  |
| Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).  |
| В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.  |
| Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной нагромоздилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.  |
| Уверен, что за моей спиной обо мне говорят.  |
| Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.  |
| Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.  |
| Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.  |
| Я опасаюсь пользоваться ножом или другими острыми, или колющими предметами.  |
| Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.  |
| Временами я ощущаю странные запахи.  |
| Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.  |
| Я люблю собирать цветы и выращивать комнатные растения.  |
| Мое зрение осталось таким же, как и было в последнее время.  |
| Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.  |
| Я верю в конечное торжество справедливости.  |
| Меня ужасно задевает, когда меня ругают или критикуют.  |
| У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.  |
| У некоторых членов моей семьи есть привычки, которые меня раздражают.  |
| Я люблю ходить на танцы.  |
| Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся, |
| По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.  |
| Бывает, что я испытываю ненависть к членам моей семьи, которых я обычно люблю.  |
| Мой желудок сильно беспокоит меня.  |
| Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы им посочувствовали и помогли.  |
| Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.  |
| Руки у меня такие же ловкие и проворные, как прежде.  |
| Часто я и сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.  |
| Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что у меня это плохо получается.  |
| Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.  |
| Почти все мои родственники относятся ко мне доброжелательно.  |
| Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно что-то случиться страшное.  |
| Зачастую мои поступки неправильно истолковываются.  |
| Если бы мне дали такую возможность, я мог бы успешно руководить людьми.  |
| Я думаю, что мне понравилось бы охотиться на хищных, зверей.  |
| Боли в сердце или груди у меня бывают редко (или не бывают совсем).  |
| Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение самому себе или кому-нибудь другому.  |
| В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.  |
| Бывает, что неприличная пли даже непристойная шутка вызывает у меня смех.  |

**"Ключ" к методике УНП**

|  |  |
| --- | --- |
| Шкала невротизации | Шкала психопатизации |
| Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| № | Да | Нет | № | Да | Нет | № | Да | Нет | № | Да | Нет |
| 1 | -5 | 2 | 1 | -4 | 3 | 2 | -2 | 4 | 2 | -1 | 4 |
| 3 | 3 | -4 | 3 | 3 | -3 | 4 | -10 | 0 | 4 | 1 | 0 |
| 5 | -2 | 2 | 5 | -2 | 4 | 6 | -1 | 3 | 6 | -2 | 1 |
| 7 | -4 | 1 | 7 | -4 | 2 | 8 | -9 | 0 | 8 | -10 | 0 |
| 11 | -5 | 1 | 11 | -4 | 2 | 10 | -2 | 2 | 10 | -2 | 2 |
| 13 | 9 | -1 | 13 | 7 | 1 | 12 | -2 | 1 | 12 | -4 | 1 |
| 15 | -12 | 1 | 15 | -4 | 1 | 14 | 1 | -4 | 14 | 2 | -4 |
| 17 | -3 | 6 | 17 | -1 | 3 | 16 | 0 | -1 | 16 | 0 | -5 |
| 19 | -1 | 1 | 19 | -3 | 4 | 20 | -2 | 1 | 20 | -1 | 2 |
| 21 | -1 | 4 | 21 | -1 | 4 | 22 | -1 | 1 | 22 | -2 | 1 |
| 23 | 6 | -2 | 23 | 7 | -2 | 24 | -3 | 1 | 24 | 0 | 0 |
| 25 | 6 | -2 | 25 | 2 | -1 | 26 | 0 | 0 | 26 | -3 | 2 |
| 29 | 1 | -3 | 29 | 2 | -4 | 28 | 0 | 0 | 28 | -1 | 0 |
| 31 | -4 | 2 | 31 | -2 | 3 | 30 | -2 | 0 | 30 | -3 | 1 |
| 33 | -4 | 3 | 33 | -2 | 2 | 32 | 0 | 1 | 32 | -2 | 1 |
| 35 | 8 | -2 | 35 | 3 | -1 | 34 | -1 | 3 | 34 | 2 | -3 |
| 37 | 1 | -4 | 37 | 1 | -4 | 38 | 1 | -4 | 38 | 0 | -2 |
| 39 | -3 | 3 | 39 | -1 | 3 | 40 | -2 | 1 | 40 | -3 | 0 |
| 41 | -2 | 3 | 41 | -1 | 4 | 42 | -2 | 2 | 42 | -1 | 0 |
| 43 | -1 | 3 | 43 | -1 | 4 | 44 | -1 | 1 | 44 | -10 | 0 |
| 47 | -3 | 2 | 47 | -2 | 2 | 46 | -2 | 1 | 46 | -4 | 1 |
| 49 | -2 | 2 | 49 | -2 | 3 | 48 | 1 | -4 | 48 | 1 | -2 |
| 51 | 5 | -3 | 51 | 2 | 0 | 50 | 0 | -3 | 50 | -1 | 5 |
| 53 | -5 | 2 | 53 | -2 | 1 | 52 | -1 | 2 | 52 | 1 | -3 |
| 55 | -3 | 2 | 55 | -2 | 2 | 56 | -1 | 2 | 56 | -1 | 2 |
| 57 | -4 | 0 | 57 | -4 | 1 | 58 | 0 | 1 | 58 | -1 | 1 |
| 59 | -1 | 2 | 59 | -1 | 4 | 60 | -5 | 1 | 60 | 0 | 0 |
| 61 | 1 | -1 | 61 | 2 | -3 | 62 | -3 | 1 | 62 | -1 | 0 |
| 65 | 1 | -3 | 65 | 2 | -2 | 64 | 1 | 0 | 64 | 1 | -1 |
| 67 | 1 | -3 | 67 | 1 | -3 | 66 | -1 | 2 | 66 | -1 | 4 |
| 69 | -1 | 2 | 69 | -2 | 3 | 68 | 1 | -1 | 68 | 1 | -2 |
| 71 | 3 | -1 | 71 | 3 | -2 | 70 | -1 | 1 | 70 | -1 | 2 |
| 73 | -3 | 3 | 73 | -1 | 1 | 74 | 0 | 1 | 74 | -1 | 1 |
| 75 | -8 | 1 | 75 | -3 | 1 | 76 | -2 | 2 | 76 | -2 | 2 |
| 77 | -3 | 2 | 77 | -1 | 2 | 78 | 1 | -2 | 78 | 1 | -3 |
| 79 | -2 | 2 | 79 | -1 | 2 | 80 | 0 | 0 | 80 | 2 | -5 |
| 83 | -4 | 1 | 83 | -3 | 1 | 82 | 1 | -2 | 82 | 1 | -1 |
| 85 | 4 | -1 | 85 | 5 | -1 | 84 | -2 | 1 | 84 | -2 | 2 |
| 87 | 1 | -1 | 87 | 0 | -1 | 86 | -1 | 1 | 86 | -1 | 0 |
| 89 | -2 | 2 | 89 | -2 | 2 | 88 | -5 | 1 | 88 | -1 | 0 |

**Интерпретация результатов**

1. Шкала лжи.

Подсчитывается число ответов "не согласен" по пунктам: 9, 18, 27, 36, 45, 54, 63, 72, 81, 90.

Результаты считаются достоверными, если по шкале лжи набрано 5 или менее баллов.

. Шкала невротизации.

Оценки по шкале невротизации могут принимать значения от - 116 до 105 у мужчин и от - 84 до 104 у женщин. Градации оценок (независимо от пола):

· 27 баллов и менее - очень высокий уровень;

· от - 26 до - 11 - высокий уровень;

· от - 10 до 10 - неопределенный уровень;

· от 11 до 22 - низкий уровень;

· 23 балла и выше - очень низкий уровень.

Для лиц, имеющих низкий уровень невротизации, могут быть характерны: эмоциональная устойчивость, спокойствие, оптимизм, уверенность в себе, чувство собственного достоинства, инициативность, независимость, социальная активность, легкость в общении, хорошая общая приспособленность.

Лицам, имеющим высокий уровень невротизации, более характерны: эмоциональная возбудимость, тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность, склонность к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, неуверенность в себе, переживание своих личностных недостатков, чувство собственной неполноценности, безынициативность, затрудненность в общении и плохая общая приспособленность.

. Шкала психопатизации.

Оценки по шкале психопатизации могут принимать значения от - 85 до 45 у мужчин и от - 93 до 48 у женщин. Градации оценок (независимо от пола):

· 12 баллов и менее - очень высокий уровень;

· от - 11 до - 6 - высокий уровень;

· от - 5 до 5-неопределенный уровень;

· от 6 до 11 - низкий уровень;

· 11 баллов и выше - очень низкий уровень.

Для лиц, имеющих низкий уровень психопатизации, могут быть характерны осмотрительность, уступчивость, доброжелательное отношение к людям, ориентированность на мнение окружающих, приверженность к соблюдению общепринятых правил и норм поведения.

Лицам, имеющим высокий уровень психопатизации, более свойственны: тенденция к выходу за рамки общепринятых норм и морали, что может приводить к непредсказуемости поступков и созданию конфликтных ситуаций; холодное отношение к людям, напористость, упрямство в межличностных взаимодействиях.