## Содержание

##

## Введение

## 1. Истерическая личность и сценическая личность у женщин

## 2. Истерическая личность и сценическая личность у мужчин

## 3. Этиология и лечение

## Заключение

## Список литературы

## Введение

В настоящее время накопилось большое число публикаций, посвященных распространенности психических расстройств в различных популяциях. Однако, как справедливо полагают Т.В.Зозуля и соавторы (1994), точных данных об этом ни в одной стране мира нет, что обусловлено трудностями с учетом больных, находящихся вне поля зрения психиатров. Между тем считается, что примерно 20% всего населения земного шара страдает психическими расстройствами (Петраков Б.Д., Петракова Л.Б., 1984). Причем не менее 5% населения страдает от серьезных психических расстройств, поддающихся клинической квалификации (диагнозу), и еще не менее 15% населения страдает «от менее серьезных», но потенциально инвалидизирующих форм психических расстройств (ВОЗ, 1993).

Детско-подростковый возраст сопровождается рядом радикальных соматических и психических изменений, приводит иногда к ожесточенным столкновениям с обществом и его институтами и, наконец, осуществляется при единообразии биологических процессов весьма неодинаково в различных социокультуральных условиях (И.А.Уваров, О.Т.Лекомцев, 1996)).

Психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем и занимает одно из ведущих мест в профилактике патологии психического здоровья во всем мире. Психическое здоровье детей настолько уязвимо, что влияние одного из факторов вызывает выраженные клинические проявления, обратимость которых зависит от возраста влияния их на детей и длительности воздействия (Проселкова М.С. и др., 1998).

В настоящее время в России происходят быстрые глобальные социокультуральные перемены. Некоторые из них отрицательно сказываются на психическом здоровье населения. Особенно резко меняется содержание патологических переживаний, в основе которых лежит глубокая деформация духовного здоровья общества, его целей, культуры, морали, системы ценностей.

Сложившаяся в последние годы в России социально-экономическая ситуация объективно привела к ухудшению психического здоровья населения.

Возможно два взаимосвязанных расстройства личности.

Первое — это истерическое расстройство личности, для которого характерно сравнительно сохранное чувство идентичности, способность к стабильным, дифференцированным, эмоционально богатым и эмпатичным отношениям с окружающими, включая способность выдерживать их амбивалентность и сложность, и преобладание защитных механизмов, основанных на вытеснении.

Второе — это сценическое расстройство личности. Это расстройство соответствует тому, что другие называют "инфантильным", "истероидным", "истероидным дисфорическим", "эмоционально нестабильным": у пациентов, которые им страдают, внешне истерические симптомы скрывают более тяжелую патологию. Сценическое расстройство личности входит в категорию пограничной организации личности; оно характеризуется синдромом размытой идентичности, тяжелой патологией объектных отношений и преобладанием примитивных защитных операций, основанных на расщеплении.

Цель данной работы – рассмотреть и выявить особенности сценических расстройств личности, а также вопросы их лечения.

Задачи:

* рассмотреть вопросы истерической и сценической личности у женщин;
* рассмотреть вопросы истерической и сценической личности у мужчин;
* выявить этиологию и лечение.

1. Истерическая личность и сценическая личность у женщин

Как истерическое, так и сценическое расстройства личности имеют разные характеры у мужчин и женщин. Рассмотрим особенности этих расстройств, а также общие для каждого из двух полов.

Главная характеристика истерической личности женщин — эмоциональная лабильность. Они легко вступают в отношения с окружающими и способны на теплые и поддерживающие привязанности. Исключением является заторможенность их сексуальности. Они обычно эмоционально демонстративны и даже театральны, но проявления аффектов находятся под контролем и имеют социально адаптивный характер. Тот способ, которым они драматизируют свои эмоциональные переживания, может производить впечатление, что их эмоции поверхностны, но исследование говорит об обратном: их эмоциональные переживания подлинны; эти женщины могут быть эмоционально лабильны, но они не являются непостоянными и непредсказуемыми в своих эмоциональных реакциях. Они теряют эмоциональный контроль только перед лицом тех, с кем находятся в интенсивном конфликте, особенно имеющем сексуальную или конкурентную природу.

С этими людьми истерические женщины склонны впадать в эмоциональный кризис, но они всегда обладают способностью восстановления после него и впоследствии реалистически оценивают этот кризис.

Они легко плачут и склонны к сентиментальности и романтизму, но их когнитивные способности сохранны, и понимание ими сложных человеческих реакций находится в ярком противоречии с явной незрелостью их эмоциональных проявлений.

Истерические пациенты общительны и активно вовлечены в отношения с окружающими. Эта экстраверсия проявляется в легкости социальных контактов и окрашена тенденцией к эксгибиционизму и чрезмерной зависимости от окружающих. Они хотят, чтобы их любили, хотят находиться в центре внимания и притяжения, особенно в ситуациях с сексуальным оттенком. Их зависимость от того, как другие люди их оценивают, основывается на том, что каким социальным реальным требованиям они должны соответствовать, чтобы получать эту любовь и одобрение, а их детская зависимость ограничена сексуальным контекстом. В реальности детская установка в близких отношениях и в целом зрелая установка в обычных социальных взаимодействиях являются ключевыми характеристиками истерической личности. Некоторые истерические женщины кажутся робкими или застенчивыми, но, тем не менее, они подспудно излучают провоцирующую сексуальную соблазнительность.

Женщины с истерической личностью обычно демонстрируют псевдогиперсексуальность в сочетании с сексуальной заторможенностью; они одновременно сексуально провокативны и фригидны. Их сексуальные привязанности имеют характер треугольника, в котором они находятся вместе с мужчинами, недоступными или связанными с другими женщинами. Их провокативное поведение может вызывать у мужчин сексуальный отклик, который они затем воспринимают как нападение или оскорбление и на который реагируют со страхом, негодованием и отвержением.

Истерическая женщина склонна к конкуренции, как с мужчинами, так и с женщинами. Конкуренция с мужчинами содержит в себе скрытые страхи и конфликты, связанные с сознательно или бессознательно ощущаемой униженностью по сравнению с ними. Психоаналитическое исследование обычно раскрывает, что женщины используют инфантильное поведение как защиту от вины за взрослые аспекты сексуальности. Некоторые женщины склонны подчиняться мужчинам, которых они воспринимают как садистов, во искупление чувств вины и в качестве платы за сексуальное удовлетворение[[1]](#footnote-1).

Некоторые аспекты истерической личности, описанные в более ранней литературе, в последнее время были поставлены под сомнение. Например:

1. Раньше предполагалось, что истерические пациенты высоко внушаемы. Клинические наблюдения указывают на то обстоятельство, что внушаемость возникает только в контексте идеализированных, романтизированных и зависимых отношений и легко может сменяться подозрительностью, недоверием, надутостью и упрямством в условиях интенсивной конкуренции с мужчинами или женщинами.

2. Другая характеристика, обычно приписываемая истерической личности, — чрезмерная зависимость. Как уже отмечалось, зависимость характерна только для некоторых очень тесных отношений.

3. Третья подразумеваемая характеристика истерических пациентов — эгоцентризм: сосредоточенное на себе, извиняющее себя внимание. Но данная характеристика не соответствует их действительной способности к глубоким отношениям с окружающими, стабильности их привязанностей, преданности и приверженности.

Шапиро (Shapiro, 1965) и Горовиц (Horowitz, 1977) описывают когнитивный стиль истерических пациентов, который характеризуется склонностью к глобальному восприятию, избирательным невниманием, что отражает основанную на вытеснении организацию защитных функций, которые вносят свой вклад в интеллектуальную заторможенность.

Женщины со сценическими расстройствами демонстрируют эгоцентричное, самоизвиняющее поведение, которое может также сопровождаться сильной зависимостью от окружающих, но их зависимость не обнаруживает той взаимности, которая характерна для отношений при истерическом расстройстве личности.

В отличие от истерического расстройства личности сценические личности проявляют диффузную эмоциональную лабильность, недифференцированные отношения со значимыми другими и незрелые, эгоцентричные эмоциональные привязанности. Сценические личности склонны к сверхидентификации с другими и проекции на них своих нереалистических, фантазийных намерений. Драматизация аффекта у такой женщины, эмоционально непостоянное и лабильное поведение, общая возбудимость и изменчивость реакций говорят о лежащей за ними эмоциональной поверхностности и неспособности к дифференцированным объектным отношениям. Сценические личности испытывают большие трудности в глубоком понимании самих себя и других людей. Выбор ими супруга или сексуального партнера также часто совершенно неадекватен.

Зависимые и эксгибиционистские черты при сценическом расстройстве личности менее сексуализированы, чем при истерическом расстройстве личности. Сценическая личность может использовать сексуальное поведение глубоко и неадекватно для проявления своих потребностей в эксгибиционизме и зависимости, у нее меньше сексуальных торможений, и она гораздо чаще склонна к промискуитету по сравнению с истерической личностью.

Сценическая личность может проявлять мазохистские склонности, (Лапланш и Понталис, 1973 дали наиболее краткое определение мазохизма – сексуальная перверсия, при которой удовольствие связано со страданием или унижением, которому подвергается объект), но последние не имеют тесной связи с сексуальным поведением. Она диффузно импульсивна, что приводит к непредсказуемости, объясняющей нестабильность и интенсивность отношений с окружающими, и проявляет неадекватную, сильную или неконтролируемую злость и быстрые смены настроения. Она склонна к суицидальным жестам и попыткам, использует суицидальные фантазии и желания для привлечения внимания и получения поддержки. Манипулятивные угрозы суицида являются только одним из аспектов в целом манипулятивных межличностных отношений. Такие пациентки часто лгут, проявляют антисоциальное поведение.

Степень же выраженности «сценического» поведения - драматическое проигрывание чувств у инфантильной личности – является менее ценным критерием для диагностики тяжести депрессии и суицидального риска. Бывают пациенты с высоким суицидальным риском, которые своим драматическим поведением маскируют от терапевта тяжесть своей депрессии или же с временного обаяния и общей эмоциональной лабильности создают ложное впечатление, что их депрессия не столь серьезна.

Общая черта всех этих тем сводится к потребности оценить вторичные выгоды суицидального поведения, что подводит нас к оценке самоубийства как «образе жизни»[[2]](#footnote-2).

С клинической точки зрения, склонность к саморазрушению встречаются у пациентов с инфантильным расстройством личности. Часто встречающийся тип пациента, у которого хроническая тенденция наносить себе повреждения сочетается с инфантильным типом личности и с пограничной личностной организацией.

Нанесение себе повреждений или суицидальное поведение появляются в момент приступа чистой ярости или ярости, смешанной с временным обострением депрессии. Углубленное исследование часто показывает, что с помощью такого поведения пациент пытается установить или восстановить контроль над средой, пробуждая в окружающих чувство вины, — когда, например, разрываются отношения с сексуальным партнером или когда родители противостоят желаниям пациента. Суицидальное поведение и другие формы саморазрушения могут также выражать бессознательную вину за успех или из-за углубления психотерапевтичских взаимоотношений - последний случай представляет сравнительно доброкачественный вид негативной терапевтической реакции. Пациенты, у которых в прошлом отмечалась негативная терапевтическая реакция и у которых инфантильные черты сочетаются с депрессивно-мазохистическими, представляют особый риск в плане суицидальных попыток.

У сценических пациенток есть склонность к возникновению чувства деперсонализации[[3]](#footnote-3).

## 2. Истерическая личность и сценическая личность у мужчин

Блэкер и Тьюпин (Blacker and Tupin, 1977) обобщили характеристики пациентов-мужчин с истерическим и сценическим расстройствами личности. При описании патологий характера они ранжируют по тяжести под общим заголовком "истерические структуры".

Мужчины с истерической личностью обнаруживают такую же склонность к эмоциональной драматизации и аффективной лабильности, что и истерические женщины. Они также демонстрируют взрывы эмоций или аффективные вспышки, импульсивное и инфантильное поведение в условиях близкой эмоциональной вовлеченности при сохранении способности к дифференцированному поведению в обычных социальных условиях.

Мужчины с истерической личностью проявляют несколько паттернов расстройств сексуальной адаптации. Один из паттернов характеризуется качеством псевдогипермаскулинности.

Связанный с этим паттерн, хотя внешне он выглядит как противоположный, — соблазняющее, слегка женственное, инфантильное сексуальное поведение, сочетающее склонность к флирту и гетеросексуальному промискуитету с зависимым, детским отношением к женщинам.

Промискуитет (лат. promiscuus - смешанный, общий - В сексологии промискуитет - беспорядочные половые сношения со многими партнёрами. Наиболее часто встречается в подростковой среде. Частые половые связи с непрерывной сменой партнёров могут сочетаться с ранней алкоголизацией. В состоянии алкогольного опьянения у подростков нередко наступает пассивная подчиняемость более старшим партнёрам, следствием чего становятся половые контакты без какого-либо внутреннего побуждения. В асоциальных компаниях, где принят определённый стиль сексуальных взаимоотношений, молодые люди начинают подражать друг другу, сводя всё многообразие интимной жизни человека к обезличенному и весьма примитивному сексу "с кем и как придётся". Как показали исследования, если с подросткового возраста (особенно у девочек) наблюдался промискуитет, то в дальнейшем у многих из них сохраняется потребность в постоянной смене сексуальных партнёров, обнаруживается неспособность удовлетворяться постоянной связью, что мешает созданию прочной, семьи. В таких случаях промискуитет становится привычным, накладывая отпечаток на всю дальнейшую половую жизнь индивида. К промискуитету, как у мужчин, так и у женщин, может привести и патологически повышенное половое влечение. Обычно сексуальная расторможенность возникает при поражениях глубинных структур мозга, в маниакальной стадии депрессии, некоторых случаях шизофрении и других расстройств психики[[4]](#footnote-4).

При лечении как женственные, так и гипермаскулинные типы проявляют сознательную или бессознательную вину за глубокие сексуальные отношения с женщинами и удивительную неспособность к идентификации со взрослой мужской сексуальной ролью в отношениях с женщинами, что находится в резком контрасте с их внешне демонстрируемым поведением[[5]](#footnote-5).

Сценические личности у мужчин обычно представлены размытой идентичностью, тяжелыми расстройствами объектных отношений и слабостью контроля за импульсами. Они также проявляют промискуитетное, часто бисексуальное и полиморфно-перверсное сексуальное поведение.

Мужчины - пациенты с "неврозом компенсации" или ипохондрией часто проявляют эмоциональную незрелость, склонность к драматизации, аффективную поверхностность и импульсивность, характерные для сценического расстройства личности, наряду с антисоциальными чертами и склонностями к эксплуатации в своих отношениях с представителями помогающих профессий.

Хотя до сих пор не существует эмпирических исследований, обеспечивающих твердую основу для прогноза случаев истерических и сценических расстройств, есть наблюдения, свидетельствующие, что женщины с истерическим расстройством личности начинают лучше функционировать в среднем и пожилом возрасте, так что встает вопрос, в какой степени присущая им хорошая сила Эго, способность к заинтересованности в других людях при работе и профессиональной деятельности и постепенная компенсация сексуальных торможений и конфликтов в течение жизни облегчают им социальную и внутрипсихическую адаптацию в этом возрасте. Сценическое расстройство личности, в отличие от этого, часто приводит к декомпенсации в зрелые и пожилые годы. Кумулятивный эффект неспособности придерживаться личных, профессиональных, культурных и социальных ценностей, частые нарушения или неудачи в близких отношениях и размытая идентичность, типичные для личности таких пациентов, — все это может препятствовать обычному социальному научению и приводить к порочному кругу, ухудшающему их функционирование с годами.

Истерическое расстройство личности имеет при психоаналитическом лечении блестящий прогноз. Сценическое расстройство личности дает только умеренно благоприятный прогноз при модифицированном психоаналитическом лечении, но имеет более хороший прогноз при психоаналитической или эксплоративной психотерапии. Совершенствование психоаналитической психотерапии для пограничных расстройств личности в последние годы привело к улучшению прогноза для этих пациентов.

Хотя основная информация в этой области исходит из изучения историй болезни пациентов и психоаналитического исследования их прошлого опыта, литературные данные все более сходятся на том, что женщины с истерическим расстройством личности происходят из довольно стабильных семей, имеющих общие характеристики. Их отцы описываются как соблазняющие, часто сочетающие сексуально соблазняющее и сверхстимулирующее поведение по отношению к дочерям с резким, авторитарным и иногда сексуально пуританским отношением: соблазн со стороны отца в детстве обычно меняется на запрет на сексуальные и любовные увлечения в подростковом возрасте. Матери этих пациенток описываются как доминирующие и контролирующие жизнь дочерей, часто возникает впечатление, что они пытаются реализовать свои неосуществленные мечты в дочерях. В то же время эти матери эффективны и ответственны дома и в общественной жизни.

Меньше информации имеется о семейных источниках сценического расстройства личности. В целом считается, что эти пациентки происходят из более нарушенных семей, с глубокими хроническими конфликтами, задевающими отношения матери и ребенка и с тяжелыми расстройствами личности у матерей.

Все более распространенным становится мнение, что культуральные факторы играют фундаментальную роль, определяющую организацию патологических черт характера, опосредующих отношения между бессознательным внутрипсихическим конфликтом и социальной адаптацией. Культуральные стереотипы в отношении тендерных ролей, распределение власти между полами и границы одобряемого и разрешаемого сексуального поведения имеют решающее значение для динамической организации патологических черт характера[[6]](#footnote-6).

## 3. Этиология и лечение

Фрейд подчеркивал важность генитальной стадии развития и эдипова комплекса при истерии.

Абрахам дополнил эту идею исследованиями в области женского комплекса кастрации, особенно описанием "типа исполнения желаний" и мстительного типа истерических личностей у женщин (Abraham, 1920). Абрахам уделил особое внимание аспекту зависти к пенису - тому бессознательному конфликту, который отражается в самом описании истерической личности[[7]](#footnote-7).

Виттельс (Wittels, 1931), Райх (Reich, 1972) и Фенихель (Fenichel, 1945) также внесли свой вклад в понимание отношений между бессознательными внутрипсихическими конфликтами и феноменологическими характеристиками истерической личности. Все они указывали на эдипов комплекс, кастрационную тревогу и зависть к пенису как на основу динамики этой личности.

Мармор (Marmor, 1953), наоборот, предполагал, что оральные фиксации имеют для истерического характера наибольшее значение, что они придают последующему эдипову комплексу этих пациентов сильный прегенитальный оттенок и что большая распространенность истерии среди женщин частично отражает культуральное одобрение "оральной агрессивности, зависимости и пассивности" как женственных черт, более приемлемых у женщин, чем у мужчин. Действительно существуют пациенты с преимущественно оральными конфликтами, сосредоточенными на патологической зависимости, пассивности, свидетельствующие о глубоких нарушениях преэдиповых отношений младенца и матери, но эти случаи соответствуют тому, что мы сейчас называем сценическим, инфантильным или истероидным расстройством личности.

Иссер и Лессер (Iasser and Lesser, 1965, 1966), Зетцель (Zetzel, 1968; см. также Kernberg, 1975) сосредотачивали внимание на связи между степенью тяжести нарушений в рамках истерического спектра и соответствующих им различиях наиболее распространенных бессознательных конфликтов, защитных операций, структур Эго. Согласно этим авторам, преобладающими конфликтами истерической личности как таковой являются эдиповы конфликты, относящиеся к генитальной фазе психосексуального развития. Структура Эго у этих пациентов организована вокруг вытеснения[[8]](#footnote-8).

Лечение истерического расстройства личности является, безусловно, психотерапевтическим, причем особенно рекомендуется психоанализ. Пациенты, консультирующиеся по поводу умеренных или слабо выраженных невротических симптомов, осложняющих истерическое расстройство личности, могут нуждаться только в лечении этих симптомов. Мягкие формы психосексуальных дисфункций (такие, как заторможенный женский оргазм) могут успешно поддаваться сексуальной терапии. Какой степени тяжести должно достигать истерическое расстройство личности, чтобы требовать лечения, выходящего за пределы снятия симптомов, остается вопросом. Многие пациенты, консультирующиеся у психиатра по поводу относительно ограниченных во времени межличностных конфликтов, связанных с конверсионными симптомами, фобическими реакциями или диссоциативными переживаниями, могут получить пользу от экспрессивной или эксплоративной психотерапии. Пациент может жаловаться только на небольшие симптомы. Однако диагност видит, что истерическое расстройство личности может иметь сильное влияние на брак пациента, его работу, выбор профессии. В этом случае может быть рекомендовано серьезное психотерапевтическое вмешательство, такое как психоанализ.

Лечение сценического расстройства личности не может быть психоанализом; это по сути своей психотерапевтическое лечение, причем рекомендуемой является экспрессивная или эксплоративная психоаналитическая психотерапия. Показана поддерживающая психотерапия, если у пациента есть противопоказания к эксплоративной психотерапии, например, заметные антисоциальные черты, необычно тяжелая патология объектных отношений и действия вовне, представляющие для пациента вторичную выгоду. Сценические личности со вторичными депрессивными симптомами или характерологически обусловленной депрессией могут хорошо реагировать на ингибиторы МАО, трициклические или тетрациклические антидепрессанты. Однако, лекарства следует применять только для пациентов с тяжелой депрессией и отменять, если не наблюдается явного и определенного ослабления депрессии в течение нескольких месяцев.

Все случаи сценического расстройства личности должны подвергаться психотерапевтическому лечению как можно раньше после постановки диагноза. В то время как истерическое расстройство личности может постепенно уменьшаться, что выражается в улучшении внутренней и межличностной адаптации с течением лет, то обычное положение пациента со сценическим расстройством личности, не прошедшего курс лечения, в лучшем случае неустойчиво, и существует опасность постепенного ухудшения, по мере того как жизненные возможности теряются или разрушаются.

Пациенты, находящиеся в промежуточном положении между истерической и сценической личностями, представляют собой трудную психотерапевтическую проблему. Я полагаю, что подобные случаи следует пробовать лечить психоанализом и переходить к психоаналитической психотерапии, только если психоанализ противопоказан по таким индивидуальным причинам, как вторичная выгода от болезни, недостаточная мотивация или значительная неспособность к эмоциональной интроспекции. Однако все большую распространенность приобретает тенденция начинать с эксплоративной или психоаналитической психотерапии в сомнительных для психоанализа случаях и переходить к психоанализу позже.

Главными трудностями при психотерапевтическом лечении сценических расстройств личности являются тенденции пациента к массивным действиям вовне, вторичная выгода от ситуации лечения самой по себе, служащей убежищем от жизни, возникновения явного "хаоса" в ситуации лечения, являющегося выражением примитивных переносов, глубокая регрессия в коммуникативном процессе во время лечения, так что невербальное поведение начинает доминировать над вербальным общением. Эти трудности соответствуют в общих чертах техническим проблемам психотерапии всего пограничного спектра расстройств личности.

## Заключение

Психические состояния представляют забой целостные характеристики психической деятельности за определенный период времени. Сменяясь, они сопровождают жизнь человека в его отношениях с людьми, обществом и т. д. В любом психическом состоянии можно выделить три общих измерения: мотивационно-побудителъное, эмоционально-оценочное и активационно-энергетическое (определяющим выступает первое измерение).

Наряду с психическими состояниями отдельного человека существуют и «массовидные» состояния, т. е. психические состояния определенных общностей людей (микро- и макрогрупп, народов, обществ). В социологической и социально-психологической литературе специально рассматриваются два вида таких состоянии — общественное мнение и общественное настроение.

Психические состояния человека характеризуются целостностью, подвижностью и относительной устойчивостью, взаимосвязью с психическими процессами и свойствами личности, индивидуальным своеобразием и типичностью, крайним многообразием, полярностью.

Целостность психических состояний проявляется в том, что они характеризуют в определенный промежуток времени всю психическую деятельность в целом, выражают конкретное взаимоотношение всех компонентов психики.

Подвижность психических состояний, заключается в их изменчивости, в наличии стадий протекания (начало, определенная динамика и конец).

Психические состояния обладают относительной устойчивостью, их динамика менее выражена, чем динамика психических процессов (познавательных, волевых, эмоциональных). При этим психические процессы, состояния и свойства личности теснейшим образом взаимосвязаны между собой. Психические состояния влияют на психические процессы, являясь фоном их протекания. В то же время они выступают в качестве «строительного материала» для формирования качеств личности, прежде всего характерологических. Например, состояние сосредоточенности мобилизует процессы внимания, восприятия, памяти, мышления, воли и эмоций человека. В свою очередь это состояние, неоднократно повторяясь, может стать качеством личности — сосредоточенностью.

Психические состояния отличаются многообразием и полярностью. Последнее понятие означает, что каждому психическому состоянию человека соответствует противоположное состояние (уверенность — неуверенность, активность — пассивность, фрустрация — толерантность и т. д.).

Психические состояния человека можно классифицировать по таким основаниям:

* в зависимости от роли личности и ситуации в возникновении психических состояний — личностные и ситуативные;
* в зависимости от доминирующих (ведущих) компонентов (если таковые явно выступают) — интеллектуальные, волевые, эмоциональные и т. д.;
* в зависимости от степени глубины — состояния (более или менее) глубокие либо поверхностные;
* в зависимости от времени протекания — кратковременные, затяжные, длительные и т. д.;
* в зависимости от влияния на личность — положительные и отрицательные, стенические, повышающие жизнедеятельность, и астенические;
* в зависимости от степени осознанности — состояния более или менее осознанные;
* в зависимости от причин, их вызывающих;
* в зависимости от степени адекватности вызвавшей их объективной обстановки.

Можно выделить типичные положительные и отрицательные психические состояния, свойственные большинству людей как в повседневной жизни (любовь, счастье, горе и т. д.), так и в профессиональной деятельности, связанной с экстремальными (крайними, необычными) условиями.

Наряду с положительными (стеническими) состояниями у человека в процессе его жизнедеятельности (деятельности, общения) могут возникать и отрицательные (астенические) психические состояния. Например, нерешительность как психическое состояние может возникнуть не только при отсутствии у человека самостоятельности, уверенности в себе, но и ввиду новизны, неясности, запутанности той или иной жизненной ситуации в экстремальных (крайних) условиях. Такие условия приводят к возникновению состояния психической напряженности.

Можно и нужно говорить о состоянии сугубо операционной (операторной, «деловой») напряженности, т. е. напряженности, которая возникает как результат сложности выполняемой деятельности (трудности сенсорного различения, состояние бдительности, сложность зрительно-двигательное координации, интеллектуальная нагрузка и т. д.) и эмоциональной напряженности, вызванной эмоциональными экстремальными условиями (работой с людьми, в том числе с больными, правонарушителями и т.д.).

## Список литературы

1. Большой психологический словарь. // Сост. Мещеряков Б., Зинченко В. . М.: Олма-пресс, 2004.
2. Кернберг Отто Ф.Тяжелые личностные расстройства. - М.: Класс, 2001.
3. Кернберг Отто Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. - М.: Класс, 2001.
4. Пронина Л.А. Эпидемиология психических расстройств. – М.: ВЛАДОС, 2005.
5. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
1. Кернберг Отто Ф.Тяжелые личностные расстройства. - М.: Класс, 2001. [↑](#footnote-ref-1)
2. Кернберг Отто Ф.Тяжелые личностные расстройства. - М.: Класс, 2001. [↑](#footnote-ref-2)
3. Кернберг Отто Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. - М.: Класс, 2001. [↑](#footnote-ref-3)
4. Большой психологический словарь. // Сост. Мещеряков Б., Зинченко В. . – М.: Олма-пресс, 2004. [↑](#footnote-ref-4)
5. Кернберг Отто Ф.Тяжелые личностные расстройства. - М.: Класс, 2001. [↑](#footnote-ref-5)
6. Пронина Л.А. Эпидемиология психических расстройств. – М.: ВЛАДОС, 2005. [↑](#footnote-ref-6)
7. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. [↑](#footnote-ref-7)
8. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. [↑](#footnote-ref-8)