БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИНФОРМАТИКИ И РАДИОЭЛЕКТРОНИКИ

кафедра ЭТТ

**РЕФЕРАТ на тему:**

**«тЕСТЫ, ШКАЛЫ, МЕТОДЫ САМОВНУШЕНИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, ГИПНОЗ»**

МИНСК, 2008

**Цветовой тест Люшера.**

Относится к числу наиболее широко распространенных проективных методик.

Проблемы восприятия цвета и цветового зрения активно изучались с начала 20 века физиками и физиологами. Психологи также обращались к цвету, используя его в качестве стимульного материала в тестах. Однако совершенно новые возможности психодиагностики открыл социолог и психиатр М. Люшер, предложивший изучать эмоциональные реакции человека на цвет. Проведенные в последующие годы многочисленные экспериментальные исследования подтвердили существование корреляций между предпочтением того или иного цветового эталона и личностными характеристиками испытуемых. Достаточного теоретического обоснования эта созданная эмпирически методика до сих пор не имеет, хотя предположительно можно утверждать следующее. Многочисленные анатомо-функциональные связи между областью расположения подкоркового зрительного центра (метаталамус) и входящими в состав лимбико-ретикулярного комплекса гипоталамическими структурами обеспечивают сопряженность психических процессов (память, эмоции, внимание) и вегето-висцеро-гормональных реакций при восприятии человеком цвета. По-видимому, генетически детерминированы особенности психофизиологических реакций, возникающих в ответ на действие разных цветовых раздражителей (красный цвет возбуждает, синий — успокаивает, и т.д.), а для эмоциональной комфортности восприятия определенного цвета важно соответствие вызываемых им нейрофизиологических сдвигов оптимальному, адаптивному для организма на соответствующий момент времени режиму высшей нервной деятельности. Так, например, в состоянии психо-эмоционального перенапряжения (тревога, беспокойство) повышается чувствительность церебральных структур к афферентным стимулам, при этом дополнительное раздражение, вызываемое красным цветом, вероятнее всего, окажется неприятным для испытуемого. Цвет также выступает не только в роли безусловного, но и условного раздражителя, постоянно присутствуя в окружении человека с момента его рождения. Сам М. Люшер считал, что в зависимости от типа личности человек чаще видит в природе тот или иной цвет (например, высокоактивные субъекты — красный цвет огня, крови, зрелых плодов, а пассивные и бездеятельные — голубой цвет неба), который и становится «сигналом» привычного окружения, вызывая при этом положительные эмоции. Действительно, из всех возможных ситуаций человек выбирает те, в которых его психо-физиологические возможности позволяют ему наилучшим образом адаптироваться к средовым воздействиям определенной силы, наиболее полно удовлетворяя актуальные потребности. На уровне следов памяти оказываются ассоциированными интенсивность внешних раздражителей, тип ответной реакции и характеристики достигаемого состояния. Поскольку именно доминирующие потребности и соответствующий им привычный тип реагирования, формирующиеся в зависимости от конституциональных особенностей и условий биосоциального развития, как раз и определяют тип личности, то цвет становится «сигналом» личности.

Таким образом, на цветовой выбор влияет как актуальное психологическое состояния испытуемого на момент обследования, так и его типологические индивидуально-личностные свойства.

Краткий тест Люшера, используемый большинством исследователей, включает предъявлению восьми цветовых эталонов, из которых человеку предлагается выбрать самый для него «приятный», соотнося выбор только с предпочтением этого цвета другим цветам из того же ряда (а не с любимым цветом одежды и т.д.). Выбранный эталон убирается, а испытуемому предлагается вновь выбрать наиболее приятный цвет из оставшихся, и так каждый раз до завершения цветового ряда. Затем процедура выбора полностью повторяется, и на основании последовательности цветов во втором выборе проводится интерпретация результатов.

Правила обработка данных и их оценки приведены в соответствующих руководствах. Ниже даются лишь некоторые общие правила.

Используемые в кратком тесте Люшера цвета разделяются на основные (темно-синий, сине-зеленый, оранжево-красный, светло-желтый) и дополнительные (фиолетовый, коричневый, черный и серый). Основные цвета несут максимальную информационную нагрузку, символизируя ведущие потребности личности, которые сам Люшер обозначил как потребность в привязанности (синий), в самоутверждении (зеленый), в действии и достижении успеха (красный), в надежде на будущее (желтый).

В отобранной последовательности для основных цветов первые три позиции выявляют значимость основных потребностей, последние три — их фрустрированность. Уже на этом основании возможны некоторые выводы о личностно-типологических особенностях испытуемого. Так, по Л.Н.Собчик, синий цвет, устойчиво занимающий в выборах первую позицию, коррелирует со слабым личностным типом, в то время как у личностей сильного типа часто цветом первого предпочтения является красный, у личностей лабильного типа — желтый, у личностей ригидного типа — зеленый. Результаты исследования, кроме того, позволяют сделать некоторые выводы о степени психо-эмоциональной дезадаптации испытуемого: например, появление любого основного цвета на одном из последних трех мест обозначает наличие тревоги. В целом психологическая характеристи­ка состояния и типологических свойств испытуемого достаточно сложна; она проводится на основании качественного анализа последовательности выбора цветовых эталонов, а также использо­вания условно-численных оценок выраженности тревоги.

Преимуществами теста Люшера являются независимость результатов от возрастно-половых и образовательных особенностей испытуемого, возможность выявления с его помощью как устойчивых личностно-характерологических черт, так и особенностей актуального психо-эмоционального состояния, что особенно важно при контроле за эффективностью лечения. Все это позволяет использовать данную методику в психодиагностической практике медицинской реабилитации, несмотря на меньшую по сравнению с вербальными тестами надежность получаемых результатов. Окончательное заключение, как и при использовании других психодиагностических методик, дается на основании интергации показателей теста с клиническими данными.

**Шкалы для оценки уровня тревоги и депрессии**

Данные шкалы являются мономерными, то есть оценивают отдельное психологическое состояние — тревогу либо депрессию. Актуальность выявления и контроля за динамикой тревожно-депрессивных расстройств определяется их значительной распространенностью и неблагоприятным влиянием как на соматическое состояние, так и на возможности социальной адаптации реабилитируемых больных и инвалидов. Значительно более полную и необходимую в этом плане информацию предоставляют вышеописанные методики (MMPI, тест Люшера), однако в ряде случаев возможно использование и более простых тестов.

Наиболее широко применяются Шкала Депрессии Бека (Beck Depres­sion Inventory), Шкала Гамильтона (Hamilton Rating Scale), отечественная Шкала Депрессии А.Ф. Кудряшова, тест Спилбергера-Ханина для оценки тревожности. Данные шкалы представляют собой опросники. Обследуемому предоставляется текст с утверждениями (либо вопросами) и соответствующими вариантами ответов, каждый из которых оценивается определенным числом баллов. Обработка результатов включает суммирование балльных оценок выбранных пациентом ответов, а интерпретация данных основана на сравнении полученной суммы с предлагаемыми диагностическими критериями.

Преимуществами описанных инструментов является быстрота исследования и простота обработки результатов. К их существенным недостаткам относится очевидность для испытуемого направленности вопросов, что часто провоцирует защитную реакцию на обследование в виде сознательного искажения ответов. Поскольку возможность выявления и коррекции такого искажения в тестах не предусмотрена, то достоверность результатов может оказаться невысокой. Кроме того, данные шкалы не позволяют выявить все многообразие личностных особенностей, учет которых важен при оценке реабилитационного прогноза и выборе психотерапевтических мероприятий.

**Шкалы, направленные на изучение отношения к заболеванию**

За рубежом с этой целью наиболее часто в медицинской реабилитации применяются шкалы Locus of Control и Sickness Impact Profile.

Locus of Control (дословно — «локус контроля», от латинского слова «локус», то есть «местоположение») — психологическое понятие, характеризующее выраженность убеждений пациента и его верований в то, что он сам сможет в какой-то степени контролировать влияние заболевания на свою жизнь после возвращения в общество

**Психотерапия.**

Психотерапия — система лечебного воздействия на психику, а через нее — на весь организм и поведение больного. Это специфический метод лечения, лечебный эффект в котором достигается специальным психическим воздействием на человека. Необходимость вмешательства психотерапевта в лечение неврологических больных обусловлена значительным числом психологических проблем, эмоциональных расстройств и других психопатологических нарушений, возникающих у пациентов в связи с основными заболеваниями.

Под методом понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия о сущности заболевания. Способ же применения того или иного метода психотерапии называется техникой психотерапевтического вмешательства. Внутри каждого из методов существуют десятки, если не сотни техник. Выбор конкретного метода психотерапевтического вмешательства и конкретной техники определяется широким спектром факторов: наличием мотивации пациента к данному виду лечения, возрастом и образованием, характером расстройств или имеющейся проблемой, продолжительностью лечения в реабилитационном учреждении, пристрастиями самого психотерапевта к определенному виду психотерапии или техникам.

**Рациональная психотерапия**

Метод рациональной психотерапии, предложенный в начале XX века швей царским невропатологом П. Дюбуа, остается до настоящего времени достаточно актуальным в лечении неврозов, соматических заболеваний и психосоматических расстройств. Основой этого метода является логическая аргументация. Метод включает в себя разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, дидактические и риторические вопросы. Стержнем рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера, причин возникновения и прогноза заболевания. Это способствует формированию у больного адекватного отношения к своей болезни. Понимание больным своей еще называют внутренней картиной болезни. Субъективная картина болезни может быть адекватной самой болезни, но может быть гипо- или гипертрофированной. Поэтому одной из основных задач рациональной психотерапии является коррекция этой картины с учетом ее сенсорного, эмоционального и интеллектуального уровней. Лечащий врач или врач-психотерапевт должен не только быть искренним и внимательным, он должен быть логичен, определенен и последователен в своих разъяснениях. Определенное мышление предполагает точность, последовательность, свободу от внутренних противоречий и логическую связь между отдельными мыслями. Доказательное мышление не просто формирует истину, но и аргументирует ее. Для неправильного мышления, формирующего неадекватное представление о своей болезни, характерны непоследовательность, бездоказательность и неопределенность, поэтому важной составной частью рациональной психотерапии является коррекция этих нарушений Рациональная психотерапия может проводиться самостоятельно, но чаще всего применяется в комплексе с другими методами лечения. Особенно важное значение она имеет при контакте больного с лечащим врачом, который может подключать этот метод уже на этапе обследования больного. Рациональная психотерапия обычно применяется индивидуально, но практикуется также и в групповом варианте. В этом случае большое влияние оказывает не столько сам психотерапевт, сколько умело направляемый им групповой процесс. Одним из достоинств рациональной психотерапии является активное участие больного в процессе своего лечения. В числе методов, связанных с различными методами саморегуляции, обычно перечисляются прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекоб- сона), техники хатха-йоги, аутогенная тренировка (метод Шульца и последующие многочисленные варианты этой техники). Наиболее распространенной техникой, доступной не только врачам-психотерапевтам, но и врачам других специальностей, называют аутогенную тренировку. Аутогенная тренировка — это самовнушение в состоянии релаксации или аутогипнотическом состоянии. Самовнушением можно повлиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма. Предложенная Щульцем методика аутогенной тренировки называется классической и делится на 2 ступени, Перед началом тренировки с пациентами проводится беседа, в которой объясняются физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений, Умело проведенная беседа, сопровождающаяся демонстрацией эффективности различных упражнений, а также позитивных результатов, которых добились другие пациенты, способствует успеху лечения. Аутогенная тренировка первой ступени включает освоение техник мышечной релаксации, сосудистую тренировку, обучение управлению силой и ритмом сердечной деятельности, освоение саморегуляции дыхания, а также возможностей позитивного влияния на работу органов желудочно-кишечного тракта и сосудов головного мозга. Упражнения первой ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегето-висцераль ные функции организма.

**Самовнушение и другие методы саморегуляции**

К высшей ступени аутогенной тренировки автор метода относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения и нейтрализации негативных эмоциональных переживаний. В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация, Модификации указанного метода дают дополнительные возможности для аутогенного отреагирования и аутогенной вербализации, направленности на психосоматическую патологию, могут иметь стимулирующий эффект, применяться в спортивной практике, в работе с навязчивыми страхами, Аутогенная тренировка и ее модификации прекрасно сочетаются с применением биологической обратной связи. Смысл этого сочетания состоит в обучении регистрации тонких изменений физиологических процессов с помощью показаний приборов биологической обратной связи и на этой основе саморегуляции непроизвольных физиологических процессов. В условиях восстановительного лечения больных с двигательными нарушениями такое сочетание имеет особое значение. Показанием к аутогенной тренировке является отсутствие мотивации к личностно-ориентированным видам психотерапии (ориентация на успокоение), эмоциональные расстройства, характерные для пожилого возраста, неврозы и психосоматические заболевания, невротические реакции при наличии соматических заболеваний.

**Классический гипноз и его модификации**

Наиболее широкое применение в клинике нашел метод внушения в гипнозе. Началом лечения является подготовительная беседа. Она должна настроить больного на лечение и усилить последующую суггестию в гипнозе. При этом нужно выслушать все ответы больного на вопросы, разъяснить непонятое, развеять все страхи и сомнения и, только получив согласие на лечение, приступать к следующему этапу — гипнотизации. Классический гипноз имеет давнюю историю применения. В связи с этим насчитывается великое множество конкретных техник гипнотизации и их модификаций. Однако все эти техники имеют и общие черты — использование монотонных раздражителей (метроном, постукивания, фиксация взглядом шарика, тактильные раздражения), установление раппорта с пациентом, словесное внушение расслабления, тепла и покоя, а также лечебное внушение в состоянии более глубокого гипноза (сомнамбулическая стадия) и дегипнотизация после сеанса, Принято выделять три стадии гипноза: легкий гипноз (сонливость), средний гипноз (гипотаксия) и глубокий гипноз (сомнамбулизм). В первой стадии пациент находится в легком дремотном состоянии, может противостоять словесным внушениям, не теряет связи с окружающим, может двигаться, Вторая стадия характеризуется выраженной сонливостью, мышечной слабостью, притуплением чувствительности, утратой произвольных движений, пассивной подчиняемостью внушению, Возможно появление каталепсии — восковой гибкости мышц с длительным сохранением приданных поз, отмечается частичная амнезия. При третьей стадии отмечается нарушение ориентиров ки и полная постгипнотическая амнезия. В этом состоянии пациент не воспринимает внешних раздражителей и поддерживает раппорт с врачом. В этой стадии возможно и постгипнотическое внушение. Содержание лечебного внушения может быть общим и специальным. К общим относят внушения, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния, внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающее тонус, вызывающее без различие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые изменить нельзя. Содержание внушения должно всегда соответствовать характеру ожидаемого лечебного эффекта и носить позитивный характер. Вывод из гипнотического состояния включает обычно закрепление позитивных элементов на постгипнотический период, внушение повышения гипнабельности на дальнейших сеансах, отключение пациента от привязанности к гипнопсихотерапии Показания к применению гипноза многообразны. Воздействие гипносуггестивной терапии благоприятно при истерических моносимптомах, психогенном мутизме, заикании, истерических параличах и парезах, ночном энурезе, нарушениях сна различного генеза, неврастении. В последние годы расширился круг соматических заболеваний, при которых целесообразно применение гипносуггестивной психотерапии. К ним относят психосоматические расстройства, некоторые формы нарушения сердечного ритма, депрессии у больных, перенесших инфаркт, а также различные формы невротических реакций у больных с соматической патологией и локомоторными расстройствами.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация .-М. Антидор, 2000 г. – 568с.

2. Прикладная лазерная медицина. Под ред. Х.П. Берлиена, Г.И. Мюллера.- М.: Интерэкспорт, 2007г.

3. Александровский А.А. Компьютеризованная кардиология. Саранск; "Красный Октябрь" 2005: 197.

4. Разработка и постановка медицинских изделий на производство. Государственный стандарт Республики Беларусь СТБ 1019-2000.

5. Штарк М.Б., Скок А.Б. Применение электроэнцефалографического биоуправления в клинической практике. М. - 2004 г

6. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. М.,СПб.: СЛП, 2008.

7. Ультрафиолетовое излучение в профилактике инфекционных заболеваний./ А.Л. Вассерман, М.Г. Шандала, В. Г. Юзбашев. М. 2003г.