



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИМЕНИ В.Я. КИКОТЯ»

А. В. Соловьева

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Москва
2020

ББК 88.7
С60

Рецензенты:

заместитель начальника кафедры психологии и педагогики
Краснодарского университета МВД России
кандидат психологических наук, доцент **С. А. Павлова**;
доцент кафедры уголовного права, криминологии и психологии
Орловского юридического института МВД России
имени В.В. Лукьянова кандидат психологических наук,
доцент **С. Е. Борисова**

Соловьева, А. В.

С60 **Клиническая психология** : курс лекций / А. В. Соловьева. –
М. : Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя,
2020. – 150 с.
ISBN 978-5-9694-0844-9

Курс лекций содержит систематическое изложение основных разделов клинической психологии. Освещены основные вопросы патопсихологии, нейропсихологии, психосоматики. Важное место отведено характеристике клинико-психологической интервенции.

Предназначен для подготовки специалистов по специальности 37.05.02 «Психология служебной деятельности» и другим смежным специальностям, где клиническая психология выступает обязательным компонентом профессиональной подготовки.

ББК 88.7

ISBN 978-5-9694-0844-9

© Московский университет
МВД России имени В.Я. Кикотя, 2020
© Соловьева А. В., 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	5
Лекция 1. Клиническая психология как отрасль психологической науки	5
Лекция 2. Категориальный аппарат современной клинической психологии: основные понятия и предметные области	22
Лекция 3. Основные методы клинико-психологического исследования	44
ГЛАВА 2. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	61
Лекция 4. Патопсихология, ее теоретические основы и актуальные проблемы	61
Лекция 5. Нейропсихология: теоретические основы и практическое значение	75
Лекция 6. Психосоматика. Основные теоретические подходы и прикладные аспекты	97
ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	114
Лекция 7. Психологическое консультирование, психологическая коррекция, психотерапия в системе клинической психологии	114
Лекция 8. Психологическая реабилитация, психогигиена и психопрофилактика в системе клинической психологии	126
Лекция 9. Методические аспекты клинико-психологических интервенций	134
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	145
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	146

ВВЕДЕНИЕ

За последние 20 лет клиническая психология и ее методы прочно вошли в арсенал работы психологов. Дело в том, что в центре внимания клинической психологии лежит одна из важнейших проблем современного цивилизованного общества – сохранение, коррекция и развитие психического и психологического здоровья человека. Именно поэтому интерес к клинической психологии, главная особенность которой заключается в том, что ее научные категории позволяют наиболее эффективно с практической точки зрения рассматривать заявленную проблематику, существенно возрастает.

В зарубежной и отечественной литературе имеется ряд фундаментальных работ, раскрывающих потенциал и возможности клинической психологии. Поэтому предлагаемый курс лекций вовсе не претендует на широкий охват материала, а кратко освещает основные достижения современной клинической психологии и дает обучаемым необходимый им для будущей трудовой деятельности объем клинико-психологической лексики, способствующей подготовке специалистов, грамотно ориентирующихся в биопсихосоциальных закономерностях формирования здоровья и пограничных нервно-психических расстройств.

В лекциях предлагается материал, максимально адаптированный к уровню подготовки обучаемых не клинико-психологического профиля, достаточный для достижения общего понимания проблем изучаемой дисциплины.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Лекция 1. Клиническая психология как отрасль психологической науки

История возникновения и развития клинической психологии. Клиническая психология относится к разряду основных прикладных отраслей психологической науки, ее становление неразрывно связано со становлением и развитием психологии в целом.

Возникновение первых научных представлений о психических процессах и их нарушениях начинается с античных времен, т. е. с того момента, когда в недрах философии и естествознания происходит непосредственное зарождение психологических знаний. При этом, если первый в истории труд по вопросам психологии – трактат «О душе» – принадлежит Аристотелю (384–322 гг. до н. э.), то точкой отсчета для зарождения собственно клинической психологии можно считать известный призыв Гиппократ (460–370 гг. до н. э.) «лечить не болезнь, а больного». «Важнее знать, какой человек болен, нежели чем болен человек», – утверждал Гиппократ, тем самым подчеркивая важность межличностных отношений, возникающих между врачом и больным [6, с. 11].

Вместе с тем с уверенностью говорить о прямых основоположниках той области, которую сегодня называют «клинической психологией», невозможно. Основным знаниям о связи телесных функций с психическими, о соотношении в жизни человека биологических и социальных факторов, всякий раз отражающим динамику развития научной мысли соответствующей историче-

ской эпохи, мы обязаны многим столетиям. В то же время, принимая во внимание состояние клинической психологии в настоящий момент, можно отметить, что существенный толчок для ее оформления и развития как особой отрасли психологии дали разработки В. Вундта, Ж.-М. Шарко, С. С. Корсакова, У. Джеймса, И. М. Сеченова, И. П. Павлова, С. Г. Холла, Л. С. Выготского, Дж. Уотсона и др. Многие из них даже выступили основой для оформления определенных традиций ее развития: институциональной, психометрической, психодинамической, психоинтервенционной, психогигиенической¹.

¹ Институциональная традиция в развитии клинической психологии восходит к имени Л. Уитмера, который посредством открытия первой в мире психологической клиники придал научной психологии в целом, и клинической психологии в частности, статус устойчивой социальной структуры, доказав возможность организации совместной деятельности ученых-психологов в форме института (организация отношений в виде конкретных учреждений, правил, норм, традиций и др.). Именно он первым осознал, что научная психология может иметь практическое применение в плане помощи людям в решении их проблем, для чего и открыл психологическую клинику. С институциональной традицией также связывают имена Э. Крепелина, Г. Айзенка, С. С. Корсакова, В. М. Бехтерева, Н. Н. Ланге и др.

История развития клинической психологии в русле психометрической традиции начинается с имени Дж. М. Кеттелла, который в 1890 г. ввел в обиход термин «mental test». В основе данной традиции лежит использование при решении задач клинической психологии самых разных измерительных инструментов, таких как опросники, тесты и методики описания личности. В конечном итоге, изучение индивидуальных особенностей посредством тестов прочно вошло в рабочий инструментарий клинического психолога. Значительный вклад в развитие психометрической традиции в клинической психологии внесли Ф. Гальтон, А. Бине и др.

Психодинамическая традиция в развитии клинической психологии связана с именами З. Фрейда, К. Г. Юнга, В. Н. Мясищева и других психологов, чья работа была ориентирована на осмысление глубинных сил и мотиваций, стоящих за человеческим поведением. З. Фрейд, предложившего психогенетическую теорию невротических расстройств, называют отцом клинической психологии, поскольку внутри этой теории он тем самым сформировал и самостоятельный фундаментальный клинико-психологический подход.

Первым фундаментальным трудом в рассматриваемой области считают вышедшую в 1852 г. в Германии книгу Р. Лотце (1817–1881) «Медицинская психология» (*Medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele*)¹, раскрывающую теорию пространственного восприятия. Данная теория оказала значительное влияние на В. Вундта (1832–1920), основавшего в 1879 г. в Лейпциге Институт экспериментальной психологии. Именно этот институт и стал в конечном счете «кузницей» кадров для клинической психологии, поскольку в нем обучалась и работала большая часть из тех психологов, кто способствовал ее становлению и развитию как отдельной отрасли.

Прежде всего, речь идет об ученике В. Вундта, который, предложив для психологов новую специализацию на пересечении медицины и педагогики, ввел тем самым в научный обиход в качестве наименования новой отрасли знания термин «клини-

Базой для психоинтервенционной традиции в развитии клинической психологии считается деятельность французских психологов (Ж.-М. Шарко, П. Жане и др.), Г. Мюнстерберга (издавшего в 1909 г. книгу «Психотерапия»), Э. Кречмера (автора монографии «Медицинская психология», ставшей первым учебником по клинической психологии и др. В основу деятельности клинических психологов психоинтервенционная традиция закладывает ориентацию на оказание помощи человеку в решении его проблем путем психологического вмешательства в личностное пространство для стимулирования позитивных изменений.

Психогигиеническая традиция в развитии клинической психологии восходит к мудрецам Древнего Китая, Индии, классической Античности, проявляясь в виде рекомендаций по ведению здорового и счастливого образа жизни. На современном уровне оформление психогигиенической традиции связано с именем К. Бирса, инициировавшего организацию психогигиенического движения и первый международный конгресс по этому же поводу, состоявшийся в Вашингтоне в 1930 г. Ключевой идеей психогигиенической традиции выступает является ориентация работы клинических психологов на сохранение и укрепление нервно-психического здоровья человека.

¹ Долгое время область психологической науки, возникшей на стыке медицины и психологии, носила название «медицинская психология» и переименована в клиническую психологию была относительно недавно.

ческая психология». Этим человеком стал американский психолог Л. Уитмер (1867–1956), который в 1896 г. открыл в Пенсильвании первую психологическую клинику для отсталых и душевнобольных детей. При этом впервые термин «клиническая психология» появляется у Л. Уитмера в его выступлении в Пенсильванском университете перед коллегами из Американской психологической ассоциации. Он предлагает понимать под ним прежде всего метод получения знаний, представляющий собой наблюдение за относительно небольшим количеством людей, содержащихся в клинике, с последующим субъективным анализом и интерпретацией обнаруженных индивидуальных проявлений их психики и личности. Приоритетную роль при этом он отдает диагностике интеллектуальных способностей с помощью специальных тестов. И хотя прежде всего работа Л. Уитмера касалась детей, отклоняющихся от средних показателей психического развития и не вписывающихся в связи с этим в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ, он тем не менее не исключал, что клинико-психологический метод такого рода может быть применен и по отношению ко взрослым людям.

По существу, согласно взглядам Л. Уитмера, клиническая психология представляет собой особую интеграцию психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, направленную на работу с индивидуальными, нестандартными проявлениями детской психики и связанные с ними отклонениями в поведении ребенка. Такая точка зрения находит отражение в написанной им статье «Clinical Psychology» («Клиническая психология») для организованного им же журнала «Psychological Clinic» («Психологическая клиника», 1907) и закладывает основы для создания курса лекций по данной проблематике.

Таким образом, в США клиническая психология начинает свое активное развитие именно в традициях Л. Уитмера, охватив

в дальнейшем не только сферу школьного образования, но и область правосудия (возникновение психологических клиник при судах, рассматривавших дела с участием несовершеннолетних) и здравоохранения (формирование основ работы с умственно отсталыми детьми). К 1914 г. в США действовали почти два десятка психологических клиник, подобных клинике Л. Уитмера, основной задачей которых являлось тестирование различных групп населения для решения разнообразных частных задач, возникающих в педагогической, медицинской, военной, производственной и других областях.

Формальным признанием клинической психологии как самостоятельной дисциплины становится создание в 1917 г. в США Американской ассоциации клинических психологов, вошедшей затем в 1919 г. в Американскую психологическую ассоциацию как клиническая секция.

В ряде литературных источников помимо Л. Уитмера к основателям клинической психологии также причисляют немецкого психиатра Э. Кречмера (1888–1964), который при разработке своей системы типологии личности (на основе взаимосвязи между типами личности и типами телосложения) указал на наличие закономерностей перехода определенного типа личности в определенные же аномалии и болезни. Тем самым он заложил основы применения психологических знаний во врачебной практике. В 1922 г. он опубликовал свои взгляды в форме монографии под названием «Медицинская психология», основная идея которой заключалась в том, чтобы адаптировать психологические теории к органической парадигме врачей-психиатров [19]. Это, по его мнению, не просто расширит кругозор врачей, но и существенно повысит эффективность лечебно-диагностических мероприятий. Таким образом, используя по отношению к психологии термин «медицинская», Э. Кречмер имел в виду его основное

значение, в дословном переводе обозначающее «исцеляющая, приносящая здоровье, имеющая целительную силу» (лат. *medicalis*).

Также нередко можно слышать, что к числу основоположников клинической психологии (по крайней мере, в том, что касается Европы) относят немецкого психиатра Э. Крепелина (1856–1926) и австрийского психолога, основателя психоанализа З. Фрейда (1856–1939). Более того, по мнению некоторых авторов, именно Э. Крепелину принадлежит звание «отца» клинической психологии. Основанием этому стало то, что Э. Крепелин включил экспериментальные подходы, применяемые в психологии, в механизм решения психиатрических проблем [18]. Заслуги З. Фрейда применительно к клинической психологии рассматриваются прежде всего в контексте его деятельности как основателя психоаналитического направления, в частности обнаружения им психогенных причин различных психических расстройств.

И наконец, внедрению в научный и практический обиход термина «клиническая психология» европейская наука обязана выходу в свет в 1946 г. одноименной книги В. Гельпах (1877–1955), в которой он раскрывает особенности психики и поведения больных соматическими заболеваниями. Этот термин выступил логичным дополнением к понятиям «медицинская психология», «патопсихология» и «психопатология», уже широко распространенным к тому моменту и отражающим отдельные психологические аспекты разных видов клинической практики.

К 60-м гг. XX в. в связи с влиянием на эту область знания гуманистических традиций границы клинической психологии существенно расширяются. Поэтому к 70-м гг. XX в., говоря о клинической психологии, подразумевают уже самостоятельную психологическую дисциплину прикладного характера, существенно более широкую, нежели психология в клинике или психология для медиков.

История возникновения и развития клинической психологии в России. Изначально клиническая психология в России, как, впрочем, и психологическая наука в целом, развивалась в русле идеалистических учений, а также богословия. Истоки ее можно обнаружить в работах М. В. Ломоносова, А. Н. Радищева, А. И. Герцена, В. Г. Белинского, Н. А. Добролюбова, Н. Г. Чернышевского и других ученых, развивающих общепсихологические идеи о духовном начале в человеке и бессмертии души. Однако фактической точкой отсчета, определяющей начало развития собственно клинико-психологической мысли, называют появление в 1863 г. работы И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга», в которой, описывая теорию рефлексорной деятельности мозга, он заявлял о важности медицинской психологии, планируя в дальнейшем посвятить ей отдельный труд.

Кроме того, большую роль для становления клинической психологии в России, безусловно, имело открытие экспериментально-психологических лабораторий (при медицинском факультете Казанского университета (1885) и Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге (1894) В. М. Бехтеревым; в Москве при психиатрической клинике (1896) С. С. Корсаковым).

Следующим значительным шагом для развития российской клинико-психологической мысли стало проведение в 1904 г. заседания Российского общества невропатологов и психиатров и формирования специальной комиссии, перед которой была поставлена задача рассмотреть и систематизировать новейшие клинико-психологические методы. В этих условиях в 1908 г. А. Н. Бернштейном была представлена первая в России публикация в русле клинико-психологической проблематики: «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных», а в 1911 г. свет увидел «Атлас для экспериментально-психологического исследования

личности», созданный Ф. Г. Рыбаковым, учеником известного психиатра С. С. Корсакова. Данный атлас, по мнению автора, должен был «способствовать совершенствованию диагностики, установлению границы между нормой и болезнью» [27, с. 9].

По существу, советская клиническая психология развивалась в форме проведения клинико-описательных и экспериментально-психологических исследований. Так, для исследования основ школьного дела А. П. Нечаевым была открыта специальная лаборатория. В 1918 г. был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы (в дальнейшем Медико-педологический институт). В 20-е гг. XX в. Л. С. Выготский начал активно проводить первые нейропсихологические исследования. В ряде психиатрических клиник такая дисциплина, как медицинская психология даже преподавалась. Однако в 30-е гг. ее развитие, как, впрочем, и прикладной психологии в целом, было приостановлено (в том числе на уровне официальных запретов). Поэтому развитие клинико-психологической мысли в 30–40-х гг. XX в. в основном осуществлялось в рамках исследований в области общей психологии (Б. Г. Ананьев, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн и др.), общей психопатологии (В. А. Гиляровский, Р. Я. Голант, Е. А. Попов, А. А. Меграбян и др.), психогенеза заболеваний, изменений личности при неврозах, вопросов психотерапии и психопрофилактики (Е. К. Краснушкин, М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев, К. К. Платонов и др.).

Клинико-психологическая мысль периода Великой Отечественной войны и последующих лет главным образом была связана с решением вопросов трудоспособности и трудоустройства лиц, перенесших травму головного мозга и восстанавливающих пораженные функции. Несмотря на это в 1950 г. Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук

СССР «заморозила» развитие медицинской психологии в Советском Союзе, подменив ее физиологией. И только в 60-х гг. доклады Б. В. Зейгарник, М. С. Лебединского, А. Р. Лурии, В. Н. Мясищева, К. К. Платонова и других невропатологов, психиатров и психологов на съездах Общества психологов (1959, 1963) способствовали осознанию того, насколько важна медицинская психология для клиники. Во всяком случае, теория психологии отношений А. Ф. Лазурского – В. Н. Мясищева послужила в дальнейшем фундаментом для конструирования ряда психодиагностических методик и разработки некоторых актуальных проблем отечественной психотерапии.

В 70-х гг. XX в. в Советском Союзе был открыт ряд научных центров и школ по медицинской психологии (в Москве, Ленинграде, Киеве, Тбилиси). Область научного интереса московской школы (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, К. К. Платонов, К. М. Гуревич, Ю. Ф. Поляков, Е. Д. Хомская, Ф. Б. Березин и др.) была сфокусирована на изучении пато- и нейропсихологических аспектов различных психических и неврологических заболеваний, изменений психической деятельности при хронических соматических заболеваниях, исследованиях в области психо- и нейрофизиологии и т. д. Ими были созданы отечественные варианты зарубежных психодиагностических методик (ММРІ, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири и др.).

В Ленинграде представители медицинской психологии (М. М. Кабанов, А. Е. Личко, Л. И. Вассерман, Б. Д. Карвасарский, В. К. Мягер и др.) занимались разработкой теоретических основ и практических моделей осуществления реабилитационного процесса в различных областях медицины. Им принадлежит авторство целого ряда оригинальных отечественных психодиагностических методик: патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО), методика для диагностики типов отношения к

болезни при соматических и пограничных нервно-психических заболеваниях – ТОБОЛ и др. Также на базе ленинградской школы медицинской психологии была проведена адаптация таких зарубежных психодиагностических методик, как методика диагностики интеллекта у взрослых Д. Векслера, методика диагностики межличностных отношений у детей Р. Жилия и др.

Значительный вклад в развитие клинической психологии также был внесен киевской и тбилисской школами психологии. Во внимании киевской школы (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук и др.) находились вопросы теории и практики патопсихологической диагностики, рассматриваемые с общепатологических динамических позиций. Медико-психологические исследования ученых тбилисской школы (И. Т. Бжалава, С. В. Цуладзе и др.) проводились на основе теории установки, созданной идеологом школы Д. Н. Узнадзе.

Следует отметить, что в России, как и в Европе, термин «клиническая психология» вплоть до середины XX в. не был широко распространен. Использование психологических концепций в решении лечебных либо исследовательских задач, порождаемых клиникой, концентрировалось главным образом вокруг понятия «медицинская психология». Таким образом, для отечественной медицины и психологии термины «клиническая» и «медицинская» психология в определенной степени считались синонимами.

Сегодня термином «клиническая психология» обозначают более широкую по отношению к медицинской психологии область, подразумевая под ней целостную научную и практическую психологическую дисциплину. Термин «медицинская психология» больше имеет отношение к узкоспецифическим вопросам взаимоотношений, возникающих между врачом и пациентом, и представ-

ляет собой собирательный образ области и места применения психологической специальности. Таким образом, статус фундаментального направления в структуре психологического знания в настоящее время приобрела именно клиническая психология.

Более того, в 2000 г. Министерством образования Российской Федерации она была утверждена Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по клинической психологии в качестве самостоятельной специальности, тем самым инициировав подготовку соответствующих специалистов.

Объект и предмет клинической психологии. В наиболее широком смысле под клинической психологией понимают область психологии, занимающуюся аберрантным (отклоняющимся от нормы), плохо адаптивным или патологическим поведением человека, а также психологией здоровья, формированием здорового образа жизни, саногенного (направленного на здоровье) поведения.

Этимологически прилагательное «клиническая» происходит от греч. *kline* – постель, койка, кушетка¹ и обозначает все то, на что можно прилечь либо положить тяжело больного человека².

В настоящее время слову «клиника» придается несколько значений:

- 1) как место, в которое приходят люди для индивидуального обследования, диагностики и лечения;
- 2) как лечебно-профилактическое специализированное учреждение высокого профессионального уровня, являющееся базой для научно-педагогического процесса;

¹ Такова общеупотребительная версия, поскольку версий происхождения прилагательного «клиническая» имеется несколько: *kline* (постель, больничная койка), *klinikos* («лежащий в постели»), *klinike* (врачевание), *klinein* (склоняться, подходить, опираться).

² В значении «уложить в постель по болезни» слово *kline* встречается уже в книге «Откровение Иоанна Богослова (Апокалипсис)», написанной в I в. н. э.

3) как организация, в которую входят не только персонал, но и здания, оборудование;

4) как синоним понятия «клиническая картина болезни» (особенности протекания и лечения какой-либо болезни или расстройства).

Объектом клинической психологии традиционно называют человека, испытывающего трудности в адаптации и самореализации, которые могут проявляться в следующих сферах:

- физическое состояние – телесность, включающая в себя помимо биологического субстрата также образы, символы, представления, переживания, связанные с телом, его строением и функционированием;

- психическое состояние – внутренний психический мир человека (самосознание, самосозидание, самореализация и др.);

- социальное состояние – общение с целью социальной адаптации, самореализация в обществе;

- духовное состояние – стремление к высшим духовным ценностям и др.

Однако, принимая во внимание современные тенденции развития науки, сегодня к объектам клинической психологии наряду с человеком в целом могут быть отнесены также системы и процессы охраны, профилактики и восстановления здоровья.

Предметом клинической психологии выступают механизмы и закономерности изменения и восстановления психической деятельности человека при разных патологических состояниях и аномалиях развития и закономерности влияния психических факторов на укрепление здоровья и преодоление болезней, а также на успешную реабилитацию и социально-трудовую адаптацию [16]. В результате предметное поле клинической психологии включает в себя следующие составляющие:

- расстройства (нарушения) психики и поведения;
- личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
- особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.

Таким образом, в наиболее широком понимании клиническая психология адаптирует психологические знания к решению целого комплекса вопросов и проблем, возникающих в системе здравоохранения и социальной помощи населению.

Структура клинической психологии. Клиническая психология представляет собой междисциплинарную область знаний, цель и задачи которой определяются потребностями, прежде всего, психиатрического, неврологического и соматического направлений научного знания. В связи с этим к основным разделам клинической психологии по традиции принято относить такие разделы, как патопсихология, нейропсихология и психосоматика.

Патопсихология – это раздел клинической психологии, изучающий закономерности нарушений психической деятельности и ее распада, возникающих вследствие психических или соматических заболеваний, в сравнении с нормой [15]. Патопсихология выявляет характер протекания и особенности структуры психических процессов в контексте наблюдаемых в клинике симптомов. Начало своего развития отечественная патопсихология получила в 30-е гг. XX в. в трудах Л. С. Выготского, Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн.

Нейропсихология – это раздел клинической психологии, занимающийся исследованием нарушения высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга [15].

В число ее задач входит установление закономерностей функционирования мозга при взаимодействии организма с внешней и внутренней средой, нейропсихологический анализ локальных повреждений мозга, проверка функционального состояния мозга и отдельных его структур. Развитие не только отечественной, но и мировой нейропсихологии тесно связано с именем выдающегося российского ученого А. Р. Лурии и датируется 30–40-ми гг. XX в.

Психосоматика – направление в медицине и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических (телесных) заболеваний [16]. Область интереса психосоматики связана с исследованием связи между характеристиками личности (конституциональные особенности, черты характера и личности, стили поведения, типы эмоциональных конфликтов) и различными соматическими заболеваниями. Наиболее широкое распространение данная область знания получила в 20–50-е гг. XX в. в связи с именами Ф. Александера, Ф. Данбар и др.

Наряду с тремя основными разделами, в настоящее время в клинической психологии принято выделять и специальные разделы, к которым относятся:

- психология пограничных психических расстройств (неврозология);
- психология дизонтогенеза;
- психотерапия и психологическая реабилитация;
- психогигиена и психопрофилактика;
- психология девиантного поведения;
- психология здоровья и др. [11].

Неврозология – раздел клинической психологии, располагающийся на границе психиатрии и клинической психологии и занимающийся одной из самых многочисленных групп психических нарушений – невротическими расстройствами.

Психология дизонтогенеза – раздел клинической психологии, занимающийся проблемами нарушения развития с момента зачатия до самой смерти.

Психотерапия – раздел клинической психологии, в рамках которого осуществляются мероприятия, направленные на оказание психологической помощи человеку, с целью избавления человека от различных проблем (эмоциональных, личностных, социальных и др.).

Психологическая реабилитация – раздел клинической психологии, предметное поле которого составляет разработка, организация и осуществление мероприятий, направленных на восстановление личностного и социального статуса человека после болезни.

Психогигиена – раздел клинической психологии, предметное поле которого составляет разработка, организация и осуществление мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического и психологического здоровья человека.

Психопрофилактика – раздел клинической психологии, предметное поле которого составляет разработка, организация и осуществление мероприятий, направленных на предупреждение психических расстройств.

Психология девиантного поведения – раздел клинической психологии, изучающий механизмы возникновения, формирования, динамики и исходов поведения, отклоняющегося от разнообразных норм, а также способы и методы его коррекции.

Психология здоровья – раздел клинической психологии, изучающий психологическую сторону индивидуального здоровья человека и психологические аспекты общественного здоровья.

Разумеется, в соответствии с потребностями современного общества растет и количество специальных разделов. Сегодня уже не являются новыми для клинической психологии и такие

разделы, как психология экстремальных ситуаций, психология одиночества, психоонкология и др. В то же время в наиболее общем виде структура клинической психологии включает в себя шесть основных специализаций:

1. Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях.
2. Нейропсихологическая реабилитация и коррекционно-развивающее обучение.
3. Патопсихологическая диагностика и психотерапия.
4. Клинико-психологическая помощь ребенку и семье.
5. Психология здоровья и спорта.
6. Клинико-социальная реабилитация и пенитенциарная психология.

Взаимосвязь клинической психологии с другими науками.

Клиническая психология сегодня – это междисциплинарная область научного знания, гармонично соединяющая в себе биологические основы человекознания, задаваемые медициной, с представлениями о личности больного во всей сложности ее взаимоотношений с социальной средой, имеющиеся в психологии. Таким образом, медицина и психология, имея один и тот же объект изучения и практического приложения добываемых знаний – человека, образуют закономерную сферу взаимодействия, порождая широкий круг медико-психологических проблем.

При этом, если отталкиваться от вопросов, которые разрешает клиническая психология (взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней), и практических задач, стоящих перед ней (диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей и психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психопрофилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация больных,

охрана и поддержание здоровья), то в данном контексте она выступает отраслью медицинской науки.

Если же исходить из теоретических предпосылок, методологии и методов исследования, применяемых ею для описания, объяснения и классификации клинико-психологических феноменов, выявления (психодиагностика), предупреждения или устранения (профилактика и интервенция) их появления, выявления их связи с экологическими, социокультурными, институциональными условиями и влияния на них, то клиническую психологию можно считать наукой психологической.

В связи с этим одной из наиболее очевидных выступает взаимосвязь клинической психологии с психиатрией, в недрах которой она и зародилась в качестве вспомогательного диагностического инструмента. Общим интересом клинической психологии и психиатрии являются психические расстройства. Однако психиатрия концентрируется на морфофункциональной стороне психического расстройства, а клиническая психология ориентируется на специфику психологической реальности, которая при нем возникает.

Один и тот же объект – нарушения психической деятельности – связывает клиническую психологию (в частности, через ее основной раздел – патопсихологию) с психопатологией. При этом, как отмечает Б. Д. Карвасарский, патопсихология описывает преимущественно психологическую сторону психических нарушений, тогда как психопатология раскрывает их через медицинские категории, такие как этиология, патогенез и др. [11].

Кроме того, широко распространенные исследования по изучению психологических эффектов лекарственных средств подтверждают тесную связь клинической психологии с психофармакологией, а исследования, связанные с уточнением крите-

риев психического здоровья и определением факторов, противостоящих возникновению психических и соматических расстройств, – с валеопсихологией.

Таким образом, совершенно очевидно, что диапазон связей клинической психологии с другими научными областями довольно широк, а выраженность этих связей настолько сильна, что способствует появлению целого ряда «пограничных» научных дисциплин.

Лекция 2. Категориальный аппарат современной клинической психологии: основные понятия и предметные области

«Норма» и «патология», «здоровье» и «болезнь» представляют собой не только фундаментальные категории, задающие систему ориентиров для клинической психологии в контексте оценки состояния человека, но и являются острейшими проблемами современного человекознания в целом.

Общее представление о норме. Термин «норма» имеет латинские корни и обозначает «узаконенное установление, признанный обязательный порядок, строй чего-нибудь» [28]. В самом общем виде норма рассматривается как некая точка отсчета, эталон, стандарт для сравнения с другими вариантами состояния живого объекта (девиация, патология). При этом, поскольку в живой природе нормальным считается все то, что живет и продолжает жить, то биологическая норма имеет более или менее очевидные объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при которых его организму не угрожает гибель. Между тем в отношении психической нормы следует признать, что вопрос определения границ такого рода является

насушной научно-практической необходимостью, поскольку представляет собой серьезную методологическую проблему.

Так, современное состояние клинической психологии позволяет выделить несколько подходов к определению критериев, характеризующих норму. К числу наиболее известных и существенных для деятельности клинического психолога относятся медицинская, статистическая, адаптационная и социокультурная модели нормы.

Одним из наиболее распространенных для многих психологов и психиатров выступает понимание нормы через принятие ее негативных критериев, представляющее медицинскую модель нормы (отсутствие/наличие симптомов психического заболевания). Согласно этому подходу нормой обозначается то состояние, при котором индивид не проявляет каких-либо выраженных патологических симптомов. Иными словами, о нормальности человека свидетельствует главным образом отсутствие симптомов.

Согласно статистической модели нормы критерием нормальности устанавливается показатель распространенности того или иного явления. Как результат, нормой становится что-то среднее, не выделяющееся из массы, то, что типично или наиболее часто встречается. Совершенно очевидно, что такое понимание нормы низводит представление о человеческом развитии до уровня приспособления к расхожим шаблонам поведения. В этом отношении примечательно высказывание французского психиатра К. Кюльера, говорившего, что «в тот самый день, когда больше не будет полунормальных людей, цивилизованный мир погибнет, погибнет не от избытка мудрости, а от избытка посредственности» [35, с. 9].

Довольно распространенным подходом к определению нормы является ее адаптационная модель, согласно которой кри-

терием нормальности выступает приспособляемость, способность человека к адаптации (адаптация к жизни в обществе/социальная дезадаптация). Вместе с тем, как отмечает польский психиатр К. Домбровский, способность всегда приспосабливаться к любым условиям может свидетельствовать не только о нормальности, но и моральной и эмоциональной незрелости [35, с. 9].

Особую популярность имеет также социокультурная модель нормы, где критерием нормальности является соответствие типу культуры и исторической эпохе. С точки зрения представителей данного подхода, нормальным считается человек, который соответствует своеобразие и актуальному состоянию своей национальной культуры. Впрочем, то, что нормально для одной культурной среды, в другой может выглядеть как патология. Получается, что возможности данного варианта решения проблемы определения объективных характеристик нормы, как и других вышеперечисленных, крайне ограничены. Строго говоря, несмотря на неоспоримые достоинства, каждый из рассмотренных вариантов имеет какие-либо обстоятельства, которые делают однозначное определение нормы невозможным.

В конечном счете современная клиническая психология в качестве ключевых ориентиров деятельности предлагает опираться на следующие виды норм: статистическая, идеальная, социальная, функциональная, субъективная [23].

Статистическая норма – это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который характеризует большинство людей и является типичным. Определяется посредством вычисления среднеарифметических значений разнообразных эмпирических данных (совпадение/отклонение от среднего арифметического).

Идеальная норма – это произвольно устанавливаемые границы (по соглашению лиц, обладающих таким правом, либо

имеющих власть над другими людьми (специалисты в различных областях, лидеры группы или общества) функционирования личности, которые принимаются за образец. Получается, что под идеальной нормой понимается некое «состояние совершенства». Идеальная норма ориентирует человека на то, каким именно он должен быть, упрощая и унифицируя тем самым разнообразные формы жизнедеятельности организма и личностных проявлений.

Социальная норма – это общепризнанные правила, образцы поведения, призванные обеспечивать упорядоченность, устойчивость и стабильность социального взаимодействия индивидов и социальных групп (соответствие/несоответствие общепринятым нормам и правилам). К ним относятся законы, положения, правила общения, нравы, ценностные суждения и др. Основное назначение социальных норм – стандартизировать взаимодействие членов группы посредством управления поведением членов общества и контроля за ними.

Функциональная норма – это норма, закладывающая в основу оценки состояние человека, которое дает возможность достижения им определенной цели, либо характер вызываемых им последствий (вредно – не вредно). Трансляторами функциональных норм, как правило, выступают специально уполномоченные для этого профессиональные группы (например, врачи) либо законодательные органы.

Субъективная (индивидуальная) норма – это норма, характеризующая идеальное для самого человека с точки зрения его потенциалов, ресурсов, работоспособности и возможностей самореализации. В данном случае сопоставление осуществляется с его же возможностями и работоспособностью, которые были свойственны ему в прошлом, с состоянием, в котором он пребывал прежде и которое ранее соответствовало его целевым уста-

новкам, возможностям и жизненным обстоятельствам (отсутствие/наличие жалоб на плохое самочувствие). В. Е. Каган отмечает, что индивидуальная норма – «это индивидуальная мера отклонения от физиологической, статистической и идеальной норм, свойственных данному конкретному человеку» [28, с. 25].

Разумеется, рассмотренные виды норм не дают какого-либо конкретного ответа на вопрос об объективных критериях нормы. Поэтому выбор клиническим психологом критериев оценки состояния человека определяется главным образом целями и задачами, стоящими перед ним, а также его профессионально-этической компетентностью.

Общее представление о патологии. С понятием «норма» тесно сопряжено понятие «патология». Представляя собой два крайних полюса, они не имеют между собой четкой границы, но имеют пограничные состояния. Этимологически слово «патология» происходит от древнегреческого слова *patos* – страдание и в самом широком смысле под ним понимается отклонение от нормального состояния организма или процесса его развития [24]. С медицинской точки зрения патологией называют нарушение на биологическом уровне функционирования организма, в частности функционирования и метаболизма органов и тканей, которое приводит к нарушениям их жизнедеятельности. Клиническая психология включает в понятие «патология», в том числе и отклонения от нормы без каких-либо биологических компонентов, т. е. нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфофункциональных нарушений (на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

Следует отметить, что по формальным признакам вопрос психической патологии отсылает нас скорее к психиатрии, чем к психологии, для которой более актуальным является понятие

нормы. Однако, как отмечает П. Б. Ганнушкин, говорить о жестком разделении нормы и патологии едва ли можно, поскольку в обоих случаях работают общие механизмы [7].

Б. С. Братусь отмечал: «Представления о патологии до тех пор кажутся ясными и очевидными, пока думаешь, как думает большинство непосвященных, усвоивших, что сумасшедший – это обязательно бросающийся на стенку и выкрикивающий непонятное. Когда же имеешь дело не с описанием в учебнике того или иного изолированного синдрома, а с его конкретным носителем – живым человеком, со своей судьбой, интересами и особенностями, – то вопрос, что есть норма и что – патология, теряет свою ясность и простоту, становится расплывчатым и трудноуловимым» [4, с. 8].

Думается, не случайно в настоящее время более предпочтительным представляется ограничить применение термина «патология» только биологическим уровнем нарушения, заменив его в лексиконе психиатров и клинических психологов на термин «расстройство». Во-первых, это связано с тем, что согласно этимологии термина «патология» необходимым условием для обозначения отклонения от нормы является ощущение человеком какого-либо эмоционального дискомфорта по этому поводу. Между тем совершенно очевидно, что в области психических, личностных и поведенческих расстройств отклонений от нормы какого-либо выраженного субъективного дискомфорта или чувства страдания у человека может и не быть.

Во-вторых, следует четко представлять себе смысловое поле категории «патология», согласно которому патологией может быть обозначено только такое отклонение от нормы, которое обязано своим возникновением по какой-либо одной причине. Между тем одно и то же психическое состояние может вызываться и, как правило, вызывается целым комплексом факторов

биологического, психологического и социального уровней, порой даже противоречащих друг другу настолько, что однозначно утверждать о том, какие именно факторы выступают первопричиной наблюдаемых отклонений, едва ли возможно. Тем более что в каждом конкретном случае фактор, являющийся ведущим в начале, может сдать свои приоритетные позиции в развитии или исходе нарушения. К этому необходимо также добавить, что в термине «патология» заложен и сильный оценочный компонент, который провоцирует довольно интенсивную стигматизацию, позволяя «навешивать» на любого человека, так или иначе отличающегося от других, ярлык «больного». Употребление термина «расстройство» снимает обозначенные выше проблемы, поскольку в нем отсутствует ярко выраженный оценочный компонент; оно не предполагает обязательного наличия «страдания» и однозначных причинно-следственных связей его возникновения.

Психическое расстройство: его общая характеристика.

Согласно широкому пониманию расстройством называют отсутствие или нарушение состояния, существовавшего у человека ранее и являющегося для него обычным. Под психическим расстройством понимаются изменения деятельности головного мозга, при котором психика и поведение не соответствуют окружающей действительности, отражение последней искажено [2, с. 458]. В отдельных случаях, говоря о психических и поведенческих отклонениях, подразумевают проявления нарушенных процессов в системе социального взаимодействия, крайнюю степень выраженности у индивида каких-либо психических функций или паттернов поведения, последствия задержки естественного процесса личностного роста.

При этом следует помнить о наличии внешнего сходства психологических феноменов (индивидуально-психологических особенностей личности) и психопатологических симптомов, что

в конечном счете не позволяет однозначно трактовать изменения, наблюдаемые в психической деятельности и поведении, в терминах расстройства. Так, с одной стороны, огромное разнообразие проявлений и сочетаний личностных особенностей приводит к тому, что заведомо психически здоровому человеку нередко свойственны такие неприемлемые, социально неадекватные поступки, что возникает подозрение о наличии у него психической патологии. С другой стороны, некоторые психически больные люди на протяжении определенного периода могут вести себя настолько социально адекватно, что возникает сомнение в наличии у них психического заболевания.

Для разграничения психологических и психопатологических феноменов в клинической психологии принято опираться на феноменологический подход, предложенный К. Ясперсом в начале XX в. (на основе феноменологической философии Э. Гуссерля). К. Ясперс рассматривал любое психическое состояние как феномен, выделяя в этом целостном переживании текущего момента два неразрывно связанных аспекта: сознание окружающего мира (предметное сознание) и сознание себя (самосознание). На этом основании за отправную точку в оценке психического состояния человека психолог должен брать способность представлять себя на месте другого, т. е. осуществлять вчувствование за счет перечисления ряда внешних признаков психического состояния, учитывая при этом и условия, в которых эти признаки оказываются связанными между собой в определенной последовательности. В дальнейшем точка зрения К. Ясперса стала базой для формулировки К. Шнайдером принципов разграничения психологических и психопатологических феноменов [16]:

— психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым (на основе сравнения внешней

логики пациента и логики объяснения этого поведения самим пациентом);

- психопатологический симптом характеризуется наличием явно привлекающих внимание характеристик поведения и личности пациента (вычурность, демонстративность, эксцентричность);

- психопатологическому симптому свойственна внезапность их появления в относительно короткий период (при этом подобные характеристики ранее в личности и поведении человека не присутствовали);

- в психопатологическом симптоме наблюдается появление дополнительных позитивных или негативных продуктов психической деятельности, а также соматических явлений, которые сопровождаются различными необычными толкованиями;

- психопатологический симптом характеризуется снижением уровня критичности (частичная, отсроченная, полное отсутствие).

С практической точки зрения для определения психического расстройства были установлены три базовых критерия, которые могут проявляться в поведении человека [29]:

- 1) превышение отдельными типами реакций статистически выявленной частоты их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени;

- 2) возникающие состояния мешают человеку адекватно реализовывать поставленные цели и тем самым наносят ему ущерб;

- 3) человек страдает и получает физический ущерб от своего поведения либо несет страдания и физический ущерб окружающим его людям [11].

С определенной долей условности, связанной с характером психических расстройств, их влиянием на поведение человека, а

также характером необходимой помощи, все виды психической патологии можно разделить на две большие группы: психотические (психозы) и непсихотические.

К психотическим расстройствам относят состояния, характеризующиеся тяжелыми расстройствами психических функций (психомоторика, настроение, сознание, восприятие, память, мышление). Проявляясь в виде нарушения психологического контакта с реальной действительностью и поведением, отсутствия критики к своему состоянию, они представляют опасность как для больного, так и для окружающих его людей.

Непсихотические расстройства представляют собой неглубокие психические расстройства с сохранением критики и адекватной оценки реальной действительности. Поскольку нарушаемое в силу болезненных переживаний или патологических черт личности поведение чаще не выходит за рамки социально приемлемых форм, то непосредственной опасности для человека и его окружения такое расстройство не представляет. В группу непсихотических расстройств входят психогенные нарушения (неврозы, соматизированные и соматоформные расстройства, патологические реакции на стресс, расстройства личности (психопатии), неврозоподобные и психопатоподобные проявления при органических заболеваниях головного мозга, соматических заболеваниях).

С точки зрения этиологической принадлежности психические расстройства могут относиться к одной из четырех групп:

- 1) эндогенные (хромосомные, наследственные, патогенез которых обусловлен изначально внутренними механизмами);
- 2) экзогенные (действие этиологического фактора исходит из внешней материальной среды, вызывая при взаимодействии с организмом его повреждение);

3) психогенные (этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма);

4) соматогенные (причиной психического расстройства является первично нецеребральное соматическое страдание, изменяющее внутреннюю среду организма; эта измененная среда становится патогенным фактором для функционирующего мозга).

Говоря о дихотомии норма-патология, следует помнить об отсутствии внутри этого биполярного континуума четких границ, что на языке науки отражается в понятиях «предболезнь», «донозологические психические нарушения», «пограничные состояния», «транзиторные нарушения». Все эти понятия в значительной мере условны и не общепризнаны. Однако в профессиональном лексиконе широкого круга специалистов, связанных с психиатрией, они достаточно интенсивно используются.

Предболезнью называют состояние, которому при наличии отчетливого психопатологического радикала тем не менее недостает для постановки синдромального и нозологического диагноза одного или нескольких признаков [20].

К донозологическим нарушениям относят такие состояния, которые, возникнув в тесной связи с вызвавшими их внешними условиями, характеризуются невозможностью составить прогноз в отношении их исхода (выздоровление либо возможный переход в более четкую нозологическую форму) [20].

Пограничные психические состояния – это психические расстройства, характеризующиеся неспецифическими психопатологическими проявлениями невротического уровня. В психоаналитической традиции термин «пограничное расстройство» (пограничная личностная организация) является самостоятельной категорией, отражающей определенный уровень развития личности (степень психологического благополучия или нарушения индивида), занимая в континууме развития «пограничное»

между психотическими и невротическими расстройствами место, поскольку качественно от них отличается. В отечественной психиатрии данный термин соотносится с неярко выраженными нарушениями, граничащими с состоянием здоровья и отделяющими его от собственно патологических психических нарушений, и с расстройствами, характеризующимися проявлениями невротического уровня [1]. Основными признаками данного уровня являются сохранность критического отношения человека к своему состоянию; наличие болезненных изменений в эмоциональной сфере личности, сопровождающихся нарушением вегетативных функций; наличие психологических, а не органических причин возникновения нарушений. В эту группу психических расстройств традиционно относят невротические и психопатоподобные расстройства при соматических, неврологических и других заболеваниях, невротические реакции, реактивные состояния, невротические реакции, патологическое развитие личности.

С точки зрения анализа динамики психических нарушений широкое распространение получил термин «транзиторные» психические нарушения. Это временные нарушения психики (обычно в виде расстройств мышления, нарушений ориентировки в пространстве, снижения критики, невнимательности, проявления аффективных и бредовых состояний, галлюцинаций), не имеющие синдромально очерченного характера (при данном виде расстройств наблюдается какой-то один из симптомов) и не формирующие у личности стойких изменений сознания и восприятия. Чаще наблюдается у лиц подросткового и молодого возраста в экстремальных условиях.

Можно сделать вывод, что категоричное противопоставление категорий психической нормы и психической патологии является неправомерным, поскольку между ними можно обнару-

жить существование довольно тонких переходов. Поэтому вопрос о норме и патологии в большей степени будет основываться на теоретико-методологических предпосылках, которых придерживается специалист, а также на целях и задачах, сформулированных им в отношении работы с каждым конкретным человеком по принципу «здесь и сейчас», что и определяет выбор подхода к определению нормы и патологии.

Общее представление о здоровье. Здоровье является одной из форм жизнедеятельности организма. При этом в сознании граждан данное понятие представляет собой отсутствие патологии и соответствует понятию нормы, что методологически является не совсем корректным, хотя и отражает позицию негативного подхода к описанию здоровья. В рамках данного подхода здоровье рассматривается через субъективное состояние хорошего или плохого самочувствия человека, оказывающего влияние на выполнение им повседневных социальных функций. Между тем понятие хорошего/плохого самочувствия отражает состояние организма весьма условно, поскольку не исключает возможности скрытого патологического процесса. Человек, чувствующий себя здоровым, может иметь дефекты здоровья, не осознаваемые им. И, напротив, у человека при плохом самочувствии могут отсутствовать объективные патологические данные.

Позитивный подход к описанию здоровья сфокусирован на раскрытии автономного от болезни содержания здоровья. Именно на него в настоящее время опирается устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который определяет здоровье через состояние полного физического, духовного и социального благополучия, имеющее следующие признаки: структурная и функциональная сохранность органов и систем человека (медицинский критерий), высокая индивидуальная приспособляе-

мость организма к физической и социальной среде (валеологический критерий), сохранность привычного для человека самочувствия в контексте эмоционального и социального комфорта (психологический критерий¹).

При этом идеальное здоровье (эталон), представляя собой нулевую вероятность болезни, является гипотетическим состоянием для человека, поскольку в реальной жизни не встречается. Получается, что каждый человек здоров условно, поскольку абсолютно здоровым человек считается, если у него полностью отсутствуют отклонения от возрастно-половых границ нормы, что фактически невозможно. Как правило, мы говорим о практически здоровом человеке, организм которого хорошо функционирует в определенных условиях среды, включая трудовые нагрузки, несмотря на наличие некоторых отклонений.

Таким образом, парадигма здоровья в виде конструкта «индивидуум без признаков патологии есть здоровый человек» с ориентацией на данные только медицинского обследования уходит в прошлое.

В наиболее общем виде принято выделять следующие виды здоровья: физическое (телесное), психическое и психологическое.

Физическое, или телесное, здоровье обозначает благополучное функционирование тела человека, его отдельных систем и органов.

Конструкт «психическое здоровье» рассматривается в двух ракурсах: с точки зрения психиатрии (как отсутствие психопатологических признаков) и с точки зрения позитивной психологии

¹ Здесь имеются в виду три основные идеологии в изучении феномена здоровья: медицинская, валеологическая, психологическая. Медицинский подход рассматривает здоровье как отсутствие болезни и симптомов. Валеологический подход понимает под здоровьем уравновешенность организма со средой. Психологический подход акцентирует внимание на сформированности позитивных личностных сил, его обеспечивающих.

(через параметры психологического благополучия). Поэтому понятием «психическое здоровье» обозначают состояние полного духовного благополучия человека, характеризующееся его способностью адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение, а не только отсутствие психических расстройств (заболеваний).

ВОЗ относит к критериям психического здоровья следующие признаки [15]:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Б. С. Братусь выделяет три уровня психического здоровья [4]:

1. Уровень психофизиологического здоровья – определяется особенностями нейрофизиологической организации психических процессов.
2. Уровень индивидуально-психологического здоровья – характеризуется способностью человека использовать адекватные способы реализации смысловых устремлений.
3. Уровень личностного здоровья – определяется качеством смысловых отношений человека. Это наивысший уровень психического здоровья.

Конструкт «психологическое здоровье» является производным отечественной психологии¹. Данный термин был введен в научный оборот в 90-е гг. XX в. И. В. Дубровиной. Психолог определяет психологическое здоровье как совокупность характеристик личности, которые являются предпосылками психической устойчивости, успешной саморегуляции и социальной адаптации, соотнося его с личностью в целом в отличие от термина «психическое здоровье», которое, по мнению исследователя, имеет отношение только к отдельным психическим процессам и механизмам [6]. Говоря о психологически здоровом человеке, сегодня полагают, что он характеризуется высоким уровнем личностного развития, личностной зрелости. Он живет в гармонии с самим собой и с другими людьми, полноценно реализуя свою сущность. И что важно – «психологически здоровая личность умеет находиться в ситуации неопределенности, доверяя тому, что будет с ним завтра» [33, с. 25].

Таким образом, в самых общих чертах к числу существенных признаков психологического здоровья относят [33]:

- позитивную установку по отношению к собственной личности;
- духовный рост и самореализацию;
- интегрированность, цельность личности;
- автономию, самодостаточность личности;
- адекватность восприятия реальности;
- компетентность в преодолении требований окружающего мира.

¹ В зарубежной психологии термины «психическое здоровье» (*mental health*) и «психологическое здоровье» (*psychological health*) рассматриваются как идентичные. Кроме того, в ряде теорий обсуждается также целесообразность использования понятия «здоровая личность» (*healthy personality*). Однако отсутствие полноценных теорий о здоровье личности не позволило этому понятию войти в употребление.

Как в этом отношении отмечают И. В. Гайдамашко и С. Л. Кандыбович, психологически здоровый человек – «это, прежде всего человек спонтанный и творческий, жизнерадостный и веселый, открытый и познающий себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Такой человек возлагает ответственность за свою жизнь, прежде всего на самого себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций. Его жизнь наполнена смыслом, хотя он не всегда формулирует его для себя. Он находится в постоянном развитии и, конечно, способствует развитию других людей. Его жизненный путь может быть не совсем легким, а иногда весьма тяжелым, но он прекрасно адаптируется к быстро изменяющимся условиям жизни» [6, с. 10].

Таким образом, на сегодняшнем этапе развития науки здоровье выступает сложной многоуровневой системой, динамически сочетающей в себе различные показатели, сужение, исчезновение или нарушение которых может свидетельствовать о болезни.

Общее представление о болезни. Термин «болезнь» происходит от лат. *morbus*. Болезнь – это возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

В современной медицине существует две модели болезни:

– биомедицинская – любой дефект, как соматический, так и психический, всегда имеет соматическую природу, независимо от того, какими факторами вызывается;

– биосоциальная – основана на взаимодействии диатеза (биологической предрасположенности к определенному болезненному состоянию) и стресса (психосоциальных факторов, актуализирующих биологическую предрасположенность). Болезнь здесь представляется как неспособность психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве, которая нуждается в изменении (наличие потребности в лечении), поскольку наносит ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняет ярко выраженные страдания.

В самом общем виде выделяется два подхода к определению болезни:

1) болезнь как любое состояние, диагностированное профессионалом на основании наличия/отсутствия объективных признаков нарушения функционирования (несмотря на то, что однозначно объективных стандартов функционирования человека в действительности не существует);

2) болезнь как субъективное ощущение себя больным, когда пациент сам сообщает о своем состоянии, несмотря на то, что в ряде заболеваний выраженных изменений самочувствия не наблюдается, а наличие у человека плохого самочувствия не всегда может свидетельствовать именно о наличии расстройства).

В настоящее время понятие «болезнь» раскрывается через совокупность изменений, возникающих в состоянии человека в трех измерениях:

- телесно-биологическое измерение – патологические изменения в индивиде, дефект;
- психологическое измерение – плохое самочувствие;
- социальное измерение – изменившееся поведение, роль больного.

С медицинской точки зрения феномен болезни представляет собой совокупность признаков, связанных едиными этиологией (греч. *aitia* – причина и *logos* – учение) и патогенезом (греч. *pathos* – страдание, болезнь и *genesis* – происхождение). Причины развития болезни – это факторы, которые приводят к ее развитию и придают ей специфические черты. Их можно разделить на следующие группы:

- по природе повреждающего фактора: физические, химические, биологические, психологические, социальные;
- по происхождению: наследственные, приобретенные.

Способ действия патогенного фактора на организм, лежащий в основе возникновения и развития заболевания и обуславливающий формирование его исходов, получил название «механизм развития заболевания» или патогенез. В процессе патогенеза можно выделить следующие этапы:

- наличие пускового механизма;
- формирование цепной патологической реакции;
- развитие специфического и неспецифического звеньев;
- формирование порочных кругов, усугубляющих развитие заболевания.

При этом факты все больше убеждают, что в основе развития болезни лежит комплекс взаимосвязанных патогенных и адаптивных процессов, которые развиваются в организме, психике человека.

В целом процесс развития болезни предполагает следующие стадии:

- 1) инкубационная, или латентная – берет начало с момента возникновения патогенного фактора и заканчивается проявлением первых признаков заболевания;

2) продромальная (греч. *prodromos* – предвестник) – появление неспецифических признаков заболевания, на основании которых поставить точный диагноз еще невозможно;

3) стадия выраженных проявлений – появление специфических признаков заболевания (симптомов), имеется возможность поставить диагноз; начинается с дебюта – первое проявление болезненных признаков расстройства, когда у человека перестают срабатывать привычные способы совладания со стрессовыми ситуациями и наступает состояние дезадаптации, возникает неадекватное обстоятельствам жизни поведение;

4) выздоровление как наиболее частый исход развития заболевания, связанный с устранением причин развития болезни, разрывом и устранением звеньев патогенеза, может быть полным (исчезновение всех признаков заболевания) и неполным (отдельные симптомы болезни остаются). В числе прочего среди исходов болезни выделяют также рецидив (повторное появление или усиление симптомов после их исчезновения), ремиссию (временное устранение или ослабление болезни), переход в хроническое течение (чередование периодов ремиссии (затухания) и рецидива (обострения), летальный исход.

На развитие заболевания влияет ряд факторов:

- predisposиционные факторы (связаны с причиной болезни): факторы, существующие до начала заболевания и определяющие его дальнейшее развитие (при благоприятных условиях (наследственные факторы, условия пре-, пери- и постнатального развития; действие психологических защит, ресурсов адаптации и пр.); могут быть не реализованы;

- запускающие факторы: внутренние и/или внешние психические условия, предшествующие проявлению расстройства или его провоцирующие, они превосходят возможности адаптации конкретного индивида (психологический или физический

стресс, предшествующие заболевания, тяжелые утраты, резкие изменения условий существования, критические периоды жизни и пр.); поскольку одно и то же событие может быть воспринято разными людьми по-разному, то ведущее значение предиспозиционные и запускающие факторы имеют для инкубационной и продромальной стадий развития болезни;

- поддерживающие и хронифицирующие факторы: факторы, противодействующие спонтанной ремиссии (реакция ближайшего окружения, получение «вторичной выгоды», позитивное подкрепление болезненного поведения, патологическая адаптация, инфантилизация, избегание ответственности); значимы для стадии выраженных проявлений болезни;

- протективные или мешающие развитию расстройства факторы: факторы, тесно связанные со стадией выраженных проявлений болезни.

Надо заметить, что переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями имеется множество переходных состояний, не вызывающих у человека снижения социально-трудовой активности и возникновения субъективной потребности в медицинской помощи. Речь идет о так называемом «третьем состоянии», характеризуемом Авиценной как «еще не болезнь, но уже и не здоровье».

«Третье состояние» – это переходное между здоровьем и болезнью состояние, которое характеризуется снижением резервов здоровья и возможностей развития вследствие этого патологического процесса (при сохранении условий жизнедеятельности), и начальными признаками нарушения функций – манифестация патологического процесса. Иными словами, в «третьем состоянии» человек здоров, но при взаимодействии с окружающей природно-социальной средой у него «отнимается часть здоровья».

Согласно современным представлениям в «третьем состоянии» можно выделить две фазы:

- фаза неспецифических изменений, характеризующаяся нарушением механизмов адаптации, и, как следствие, сдвигами гомеостаза, не связанными с функционированием конкретных структур организма;
- фаза специфических изменений на уровне определенных органов и систем организма.

В число основных причин, влияющих на возникновение и развитие «третьего состояния», включаются самые разнообразные условия, предъявляющие к регуляторным механизмам организма повышенные требования, а именно: современный ритм жизни, длительное состояние пониженной двигательной активности организма (гипокинезия), психоэмоциональные нагрузки, неудовлетворительные производственные, экологические, социально-бытовые условия и др.

Сегодня «третье состояние» можно диагностировать у значительного числа людей. К ним относятся лица с нарушением питания, низкой двигательной активностью, лишним весом; лица, принимающие алкоголь, никотин и т. д.

В отдельных случаях «третье состояние» является неизбежным. Это касается лиц, находящихся в периоде полового созревания, пред- и послеродового, а также климактерического периодов, а также людей пожилого возраста.

В практическом плане важно понимать, что «третье состояние» не переходит в болезнь в обязательном порядке. По сути, «третье состояние» – это эволюционно закрепленные биологически целесообразные временные границы, дающие человеку возможность актуализировать механизмы восстановления резервных возможностей своих систем за счет внутрисистемных и межсистемных взаимоотношений. В противном случае переход

к преморбидному состоянию (состоянию предболезни), а затем и к патологии неизбежен.

Безусловно, болезнь не следует воспринимать исключительно в негативном ключе, как непосредственную угрозу самой жизни. Напротив, болезнь как бы предупреждает немедленную гибель, поскольку человек имеет шанс на выздоровление. Таким образом, понятия здоровья и болезни – это не просто категории для медицинского диагноза. В практическом плане, представляя собой совокупность физических, психических и социальных параметров, которые можно оценивать и на которые можно повлиять, они выступают ведущими ориентирами для достижения полноценного функционирования организма.

Лекция 3. Основные методы клинико-психологического исследования

Клинико-психологическое исследование личности и его сущность. В последние годы в практике работы клинического психолога приоритетным стало социально-реабилитационное направление. Однако около 70 % общей системы трудозатрат отводится в его деятельности на проведение клинико-психологического исследования. Связано это с тем, что наибольшая эффективность в клинико-психологических интервенциях достигается тогда, когда они являются всесторонними и скоординированными, что становится возможным только на основании полноценно и качественно проведенного клинико-психологического исследования.

Клинико-психологическое исследование личности – это психологическое исследование в результате которого формируется целостное представление о структуре индивидуальных особенностей субъекта и их специфическом сочетании, о механизмах и причинно-следственных цепочках (потребностях, мотивации, структуре ценностей, когнитивных установках и искажениях,

формирующих субъективный образ актуальных ситуаций, защитах и т. д.), обуславливающих актуальное состояние и поведение индивида [34].

В наиболее общем виде цель проведения клинико-психологического исследования заключается в психологической оценке личностной и поведенческой проблемы субъекта и оказании ему на основе ее результатов психологической помощи.

Ключевые задачи клинического психолога при проведении клинико-психологического исследования, как правило, направлены на следующее:

- решение задач дифференциальной диагностики;
- анализ структуры и установление степени психических нарушений;
- диагностику психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения;
- характеристику личности и системы ее отношений;
- оценку динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии;
- решение экспертных задач;
- участие в психокоррекционной, психотерапевтической и реабилитационной работе с больными.

Процесс клинико-психологической оценки осуществляется посредством описания проблемы или расстройства (признаки, продолжительность, интенсивность, частота возникновения и глубина проблемы, обстоятельства, провоцирующие ее возникновение или обострение), определения ее типа (классификация), объяснения возможных причин или условий ее возникновения, формулировки предположений о ее развитии с учетом обстоятельств, в которых находится индивид, и формирования плана терапевтических воздействий с дальнейшей оценкой его эффективности до и после окончания терапевтических воздействий.

Из вышесказанного становится очевидно, что ядром клинико-психологической оценки выступает диагностика, дающая возможность в силу своего назначения посредством анализа различной информации о развитии и жизни человека решить вопрос о природе и причинах имеющейся проблемы. Логическим завершением клинико-психологической оценки является постановка клинико-психологического диагноза и разработка на его основании рекомендаций по оптимизации психического развития человека или/либо реабилитации.

Клинико-психологический диагноз: общая характеристика. Диагноз (греч. *diagnosis* – распознавание) – это определение сущности болезни путем установления связи между жалобами субъекта и существующей системой классификации болезней.

Клинико-психологический диагноз отличается от медицинского диагноза тем, что он представляет собой психологический анализ проблемы (оценка поведения, психических функций и эмоций, состояния личности и внешних обстоятельств нарушения, характерных для того или иного психического расстройства), а не просто правильное распознавание и выбор подходящего расстройству названия. Термин психологический диагноз был предложен в 1921 г. Г. Роршахом для обозначения процедуры распознавания любого отклонения от нормального функционирования или развития, а также определения состояния конкретного объекта.

С медицинской точки зрения в основе постановки диагноза лежит поиск устойчивых признаков и типичных их сочетаний, осуществляемый по принципу симптом – синдром – нозология (название болезни)¹.

¹ Болезнь как нозологическая единица (греч. *nosos* – болезнь) – распознанная в своей этиологической обусловленности и патогенетически необходимой последовательности связь между сменяющимися во времени симптомами и синдромами заболевания.

Симптом (греч. *symptoma* – совпадение, признак) – это строго фиксированное по форме описание признака, соотношенного с определенной патологией. Симптомы можно разделить на позитивные и негативные. Позитивные симптомы связаны с появлением психической продукции, которой не должно быть в норме. К ним относятся бред, галлюцинации, сенестопатии (неприятные, тягостные ощущения), тревога и др. Негативные симптомы отражают признаки стойкого выпадения психических функций, ущерба, дефекта психического процесса (амнезия, апатия и др.).

Совокупность закономерно сочетающихся друг с другом симптомов образует синдром. Синдром (греч. *syndrome* – скопление, стечение) – это строго формализованное описание закономерного и устойчивого сочетания симптомов. При этом следует помнить, что в разном сочетании одни и те же симптомы формируют разные синдромы, поэтому в структуре синдрома принято выделять обязательные, дополнительные и факультативные симптомы. Обязательные симптомы указывают на происхождение расстройства, дополнительные – свидетельствуют о тяжести, выраженности расстройства, факультативные – раскрывают модифицирующее влияние различных факторов.

И наконец, характерное сочетание и смена синдромов во времени позволяют объединить их в более крупные классификационные единицы – нозологии. Сходные синдромы при этом могут встречаться при абсолютно разных заболеваниях. Как отмечает в этом отношении П. В. Яньшин, «...синдром – это характерное болезненное состояние, в то время как болезнь – это характерная совокупность разных состояний, смена которых определена спецификой именно данной болезни» [34, с. 13]. Неудивительно поэтому, что парадигма построения клинико-психологического исследования, в основе которой лежит распознавание

отдельных признаков расстройства и установление их связи с патологическим процессом носит название нозологической.

Ведущим принципом диагностики в русле нозологической парадигмы является принцип объяснения, ориентирующий специалиста на понятность/непонятность поведения и особенностей психической деятельности человека для стороннего наблюдателя; а психическая деятельность рассматривается при этом как набор отдельных процессов и состояний, каждый из которых тесно связан с определенным биологическим основанием – морфологическим субстратом [16].

Противоположной нозологической парадигме выступает парадигма описательно-феноменологическая (в рамках понимающего подхода), где акцент ставится на целостных субъективных переживаниях человека и его собственных трактовках своего состояния. В этом случае клинико-психологическое исследование строится с учетом четырех базовых принципов:

- 1) принцип понимания – закладывает в основу диагностики только субъективный смысл самого человека, который именно он вкладывает в определенные феномены, независимо от того, что окружающим они кажутся странными;

- 2) принцип эпохе (воздержание от суждений) – ориентирует специалиста на отказ от попыток уложить наблюдаемый феномен в нозологические рамки;

- 3) принцип беспристрастности и точности описания – требует исключить опору в интерпретации состояния человека со стороны специалиста сквозь призму его собственного жизненного опыта и морально-этических установок;

- 4) принцип контекстуальности – подразумевает, что любой феномен должен быть понимаем в контексте той картины мира, которая имеется у обследуемого [16].

Таким образом, для постановки окончательного диагноза необходимо сопоставление большого количества фактов и условий на основе понимания внутренних закономерностей их сочетаний, что реализуется по трем уровням:

- симптоматический диагноз – направлен на констатацию фактов поведения или речевой активности, наблюдаемых у обследуемого;

- функциональный психологический диагноз – предполагает как можно более широкое количественное измерение уровня развития различных функций, свойств, состояний психики с целью сопоставления выявленных особенностей с возрастными нормативами и различными типами отклоняющегося развития и определением в конечном счете причин возникновения наблюдаемых нарушений;

- системный психологический диагноз – направлен на раскрытие механизма возникновения нарушения психической деятельности и установления психологической структуры дефекта (аналог в клинической психологии – «патопсихологический синдром»); он связан с выявлением системных связей между теми или иными свойствами психики, определением места и значения различных функций и свойств личности в общей картине психической жизни человека. Для этого клинико-психологической оценке подвергаются не только результаты деятельности испытуемого в процессе решения диагностических задач (мыслительных, речевых, мнестических и др.), но и сам процесс их решения. Более того, количественные показатели являются для психолога вспомогательными. Анализ того вклада, который вносят различные функции и свойства личности в ход и результат решения задач, позволяет определить прежде всего ядерные и второстепенные нарушения в работе психики, а также установить компенса-

торные возможности, которыми обладает личность. Таким образом, на этом уровне в целом выявляются индивидуальные алгоритмы организации психической деятельности, ее сохранные и нарушенные звенья, определяется чувствительность к различным видам помощи, обозначаются мишени психологического воздействия (либо на ядро дефекта, представленного в его структуре, либо на его компенсацию).

Этапы клинико-психологического исследования. В самом широком смысле клинико-психологическое исследование включает в себя следующие этапы:

- формирование клинической задачи;
- сбор данных в соответствии с задачей исследования;
- обработку и интерпретацию полученных данных;
- вынесение диагностического и прогностического заключения.

На этапе формирования клинической задачи предполагается проведение бесед с людьми, составляющими ближайшее окружение субъекта, в целях выяснения его общего состояния здоровья, оценки обстоятельств его жизни и характеристики системы его межличностных отношений.

Подбирая инструментарий для сбора данных, специалист в обязательном порядке должен учитывать следующие обстоятельства:

1. Цель исследования, которая определяет содержательный подбор методик: дифференциальная диагностика (связана с определением глубины психического дефекта), изучение эффективности проводимой терапии (ориентирована на исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией) и др.
2. Образование больного и его жизненный опыт, которые устанавливают границы возможной сложности методик.
3. Особенности контакта с больным.

В каждом случае специалист пользуется ограниченным числом экспериментальных методик (обычно не более 9), объединенных в так называемую батарею. Объединение методик в батарею должно осуществляться с соблюдением двух основных требований: разнообразие методик для более полного и всестороннего исследования различных проявлений психической деятельности и их близость по направленности, что позволит делать аргументированные выводы о достоверности и надежности полученных результатов. При этом, поскольку главной чертой клинико-психологического исследования является приоритет частного случая над статистикой, то все используемые методы должны совмещаться с преимуществами непосредственного контакта с обследуемым.

Условно все используемые в клинико-психологическом исследовании методы можно отнести к одной из двух категорий: стандартизированные, измерительные методы (объективные тесты и стандартизированные самоотчеты), экспертные или методы понимания (к ним относятся проективные и диалоговые методы, которые в совокупности носят собирательное название клинического метода).

Клинический метод в клинической психологии считается приоритетным для определения психологических особенностей обследуемого и имеющихся у него психических изменений, в том числе патологического характера. Его называют наиболее эффективным из числа возможных процедур для воссоздания целостной картины личности или субъективного образа ситуации «изнутри», с уникальной точки зрения самого человека. Пионером применения клинического метода в психологии был Ж. Пиаже, который, адаптировав к психологии известный ему по работе в клинике Е. Блейлера метод психиатрического обследования, заложил в его основу клиническую беседу (клиническое интервью).

Клиническая беседа, или клиническое интервью, – это метод получения информации об индивидуально-психологических особенностях личности и ее психических состояниях. Это беседа, которая имеет диагностические цели. Специалисты полагают, что это один из наиболее надежных методов для установления МКБ- и DSM-диагнозов и принятия клинических решений, поскольку способствует более точному пониманию сущности проблемы. За счет диалогического характера интервью позволяет идентифицировать открыто сообщаемые и распознать скрытые признаки патологии, выявить мнимую патологию (индуцированные, симулятивные нарушения) у психически здоровых людей и наметить методы коррекции выявленных нарушений.

Клиническое интервью отличается от обычной беседы тем, что оно одновременно направлено не только на оценку индивидуально-психологических особенностей обследуемого, их ранжировку по качеству, силе и тяжести и отнесение либо к психологическим феноменам либо к психопатологическим симптомам (диагностическая функция интервью), но и на оказание ему помощи, психологической поддержки (терапевтическая функция интервью).

Несмотря на то, что строго структурированной схемы клиническое интервью не имеет, условно оно тем не менее подразделяется на полуструктурированное и свободное. В полуструктурированном интервью имеется обязательный круг специфических вопросов по отношению к конкретной проблеме пациента, позволяющий психологу довольно быстро собрать необходимую для постановки психологического диагноза информацию с пояснением всех значимых аспектов. Свободное клинико-психологическое интервью предоставляет обследуемому возможность спонтанного высказывания имеющихся у него мыслей и чувств, аккумулируя в результате информацию о его актуальных про-

блемах и ситуации, в которой он находится. Разумеется, в зависимости от особенностей контакта с обследуемым, его ответов характер клинического интервью в процессе его проведения будет не один раз меняться. Только так клинический психолог сможет не упустить важное и собрать максимально полную информацию об обследуемом человеке.

Технологически интервью содержит в себе следующие ключевые моменты: выслушивание жалоб обследуемого, сбор анамнестических сведений, наблюдение за ним, формулировка первичной гипотезы имеющихся расстройств либо заключение об их отсутствии, объяснение предстоящих диагностических и возможных лечебных мероприятий. При этом клинический психолог должен умело направлять ход беседы, используя не только прямые, но и косвенные (прожективные) вопросы, а также вопросы общего характера, избегая по возможности вопросов подсказывающих. Во избежание оказания ятрогенного воздействия¹ на обследуемого не рекомендуется озвучивать комментарии диагностического характера и использовать медицинскую терминологию.

В содержательном плане Н. Мак-Вильямс предложила придерживаться следующей схемы клинического интервью:

1. Демографические данные: имя, возраст, пол, национальность, состояние отношений со значимыми другими, уровень образования, работа и т. д.
2. Текущие проблемы и их состояние: главные трудности и понимание человеком их причин, история этих проблем, предпринимавшееся лечение и др.
3. Личная история: где родился, количество детей в семье, порядок его рождения, родители (возраст, здоровье, профессия

¹ Ятрогенія – ухудшение физического и эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником.

(если мертвы, то причина смерти и возраст), отношения с ними), психологические проблемы в семье.

4. Младенчество и детство: желанный ли ребенок, условия в семье после рождения, некоторые ранние проблемы (еда, туалет, двигательная активность, засыпание, страхи и др.), ранние воспоминания и др.

5. Латентный период: проблемы сепарации, социальные проблемы, проблемы в учебе, поведении, переезды, насилие со стороны близких.

6. Пубертатный период: физические проблемы, связанные с созреванием, первый сексуальный опыт, успеваемость и социализация, саморазрушительные проявления, болезни, утраты, стрессы.

7. Взрослая жизнь: история работы, отношений, интимные связи, отношение к детям, хобби, таланты, гордость, удовлетворение.

8. Текущие представления (ментальный статус): общая картина, состояние аффективной сферы, особенности речи, уровень интеллекта, адекватность памяти, оценка надежности человека, характер и качество сна.

9. Выводы: что осталось невысказанным, было ли удобно и др.

Одним из наиболее надежных вариантов проведения клинического интервью считается структурное интервью, разработанное О. Кернбергом.

Разумеется, при проведении интервью имеют значение не только вербальные, но и невербальные проявления обследуемого (выражение глаз обследуемого, его мимические реакции, жестикация, манера держаться и другие признаки, проявляющиеся в его поведении, а также те проявления, которые отражают его психическое состояние в целом, и отношение к заболеванию в частности (например, реагирование на предложения о проведении сложных диагностических мероприятий и др.).

Иными словами, грамотно построенное интервью всегда сочетается с наблюдением за обследуемым. Наблюдение – это способ оценки мыслей, чувств и поступков пациента в определенном социальном окружении, который в клинико-психологическом исследовании позволяет сформулировать гипотезу о природе проблемы и составить план ее решения.

Сбор анамнеза (греч. *anamnesis* – воспоминание) представляет собой подробный расспрос о потенциально значимых этапах развития и жизненных событиях, повлиявших на проявление симптомов расстройства. Тщательно собранный анамнез, как правило, позволяет выяснить причину возникновения расстройства, особенности его развития, внутреннюю картину болезни, характер психологического дискомфорта субъекта в состоянии болезни. Анамнез бывает объективный (со слов близких людей) и субъективный (со слов больного). В число обязательных компонентов психологического анамнеза входят:

- жалобы больного;
- субъективные и объективные данные о причине возникновения и развития болезни;
- сведения о порядке возникновения и развития болезни;
- данные о развитии индивидуума до болезни (биологическом, психологическом, социальном);
- сведения о семейном анамнезе;
- подробные сведения о состоянии больного в ситуации болезни;
- данные о характере труда и различных обстоятельствах жизни.

При оценке жалоб, несмотря на дефицит времени, необходимо дать возможность обследуемому самому сформулировать их и описать развитие болезни. Не исключено, что к значимым

для обследуемого тематикам его необходимо будет подводить так, чтобы он сам заговорил о них либо дал согласие обсуждать. За это время психолог сможет составить определенное впечатление о характере, интеллекте, эмоциональном и культурном уровне обследуемого. В целом при оценке анамнестических сведений важно учитывать наследственность обследуемого, не акцентируя при этом возможную семейную патологию в беседе с ним, а также особенности социальной среды, в которой он находился в течение жизни, и взгляды на болезнь, бытующие в ней.

Еще одним методом, существенно дополняющим клиническое интервью, а зачастую и корректирующим его ошибки, является клинико-психологический эксперимент. Клинико-психологический эксперимент – это метод, при котором происходит целенаправленное создание условий, способствующих выявлению особенностей психической деятельности человека в патологических состояниях. В клинической психологии эксперимент, по выражению Б. В. Зейгарник, строится по принципу функциональных проб, включая в себя такие задания, выполнение которых требует актуализации психических функций [8]. Выводы при этом делаются на основании содержательного анализа не столько результатов, сколько способа выполнения заданий и потому являются качественными. Разумеется, наряду с нестандартизированными (патопсихологическими) методиками в рамках клинико-психологического эксперимента применяются и стандартизированные методики в виде различных тестов и личностных опросников.

Таким образом, в практическом плане этап сбора данных выстраивается специалистом таким образом, чтобы оказалось возможным комплексно охарактеризовать психологический статус

человека (его психофизиологический, психологический и социально-психологический уровни)¹.

Анализ результатов клинико-психологического исследования представляет собой промежуточный этап между непосредственно исследованием и формулировкой обобщающего заключения. Содержанием этого этапа является выделение наиболее существенных показателей, характеризующих вид и степень, механизмы нарушений психической деятельности обследуемого, а также возможности ее восстановления.

Общая схема анализа результатов клинико-психологического исследования может включать в себя следующие компоненты:

1. Внешний вид.
2. Психомоторная активность (уровень активности, особенности телесных реакций).
3. Эмоциональный фон и настроение (содержание, диапазон и продолжительность эмоций, их адекватность, глубина и интенсивность; настроение обследуемого).
4. Речь (скоростные и содержательные характеристики).
5. Поведение обследуемого во время обследования.
6. Характер деятельности в ходе эксперимента (целенаправленность и способность следовать инструкции, критичность, реакция на успех/неуспех).

¹ На психофизиологическом уровне устанавливается наличие у человека психофизических нарушений и степень их соответствия критериям оценки ограниченной жизнедеятельности. Психологический уровень связан с выявлением закономерностей познавательной, эмоциональной и волевой сфер человека, которые проявляются в его деятельности и поведении, а также характеристикой всех уровней функционирования психики: операционального, эмоционально-волевого и личностного. На социально-психологическом уровне выявляются закономерности психических явлений, обусловленные психологическими характеристиками реальной социальной среды (межличностные отношения, традиции, сплоченность, психологический климат и т. д.) и включением человека в различные социальные связи (социальные установки, позиции, процессы адаптации и социализации, коммуникативные способности, психологическая совместимость).

7. Характеристика темпа деятельности и работоспособности.
8. Анализ отдельных психических процессов и функций (внимание, память, мышление).

9. Анализ личностных особенностей.

Завершается клинико-психологическое исследование составлением психологического заключения.

Психологическое заключение, его сущность и особенности составления. Психологическое заключение представляет собой качественный, содержательный анализ способов деятельности, характерных особенностей самого процесса выполнения работы в целом, а не просто учет конечного результата деятельности больного. Обязательным пунктом заключения является описание отношения больного к исследованию. Итогом в психологическом заключении должно стать выявление и сопоставление структуры как измененных, так и оставшихся сохранными форм психической деятельности.

С. Я. Рубинштейн отмечала, что единого стандарта оформления заключения не существует. Тем не менее, не касаясь частей, в нем, как правило, выделяются три общие части: преамбула, основной раздел, резюме, наполнение которых будет зависеть от задач конкретного исследования [34].

Задача преамбулы состоит в том, чтобы описать обследуемого согласно задачам исследования. Начинается преамбула с «шапки», куда включается заголовок «Заключение по психологическому обследованию...» и паспортизация данных обследуемого. В первом абзаце приводятся причины обращения обследуемого либо мотивы направления его на обследование. Именно здесь описываются психическое состояние, внешний вид, особенности речи и психомоторики обследуемого, характеристика его эмоционального фона и настроения, адекватность и критичность, наличие или отсутствие сознания болезни, предъявляемые жалобы.

Во втором и последующих абзацах отражаются особенности поведения обследуемого в процессе обследования, его отношение к обследованию (адекватное/формальное) и мотивация, описывается способность усваивать и удерживать инструкции, интерес к результату. Отмечаются темповые характеристики деятельности и наличие установочного поведения (симуляция, аггравация и диссимуляция)¹.

Основной раздел заключения посвящен описанию структуры нарушений психической деятельности. При написании данной части заключения психолог максимально свободен в выборе композиции. Обязательным являются два условия: указать методики, применявшиеся при обследовании, и подчинение описания полученных данных ответу на основной вопрос, поставленный перед клинико-психологическим исследованием. Здесь отмечаются все особенности познавательной, аффективной, эмоционально-личностной сфер обследуемого, характер его межличностных отношений. При этом указывается не просто количественная выраженность обнаруженных нарушений, но прежде всего качественные их особенности. Особо указываются спонтанные способы компенсации нарушений, объем и характер необходимой помощи, оценка эффективности ее принятия. Выводы о состоянии отдельных психических функций иллюстрируются наиболее показательными примерами, выписками из про-

¹ Симуляция – намеренное предъявление жалоб на психологические проблемы и затруднения, отсутствующие у испытуемого, с целью ввести психолога в заблуждение с последующим получением каких-либо выгод. Аггравация – намеренное преувеличение серьезности психологических проблем и затруднений, существующих у испытуемого, с целью ввести психолога в заблуждение с последующим получением каких-либо выгод. Диссимуляция – намеренное отрицание либо преуменьшение значимости психологических проблем и затруднений, существующих у испытуемого, с целью ввести психолога в заблуждение с последующим получением какой-либо выгоды.

токолов исследования. При этом психолог обязательно учитывает не только уникальные характеристики каждой методики, но и ее «пересечения» с другими, что позволяет повысить валидность и достоверность выводов обследования.

Резюме выделяется в отдельный абзац и представляет собой краткое, сжатое изложение результатов обследования с опосредованно представленными через описание структуры нарушений, выявленных в обследовании, данными о диагнозе заболевания. При этом в резюме не должно быть ничего нового, что не было бы отмечено в основной части заключения, поскольку задача специалиста в этой части сводится к максимальному обобщению проанализированных данных и расстановке акцентов на самых важных моментах в обследовании.

ГЛАВА 2. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Лекция 4. Патопсихология, ее теоретические основы и актуальные проблемы

Общее представление о патопсихологии. Становление патопсихологии связывают с именем Г. Мюнстерберга, предложившего в начале XX в. создать специфическую прикладную область знаний для рассмотрения психических заболеваний как проявлений ускорения или торможения нормальной психической деятельности, назвав ее «патопсихология». При этом он полагал, что изучение людей с психическими заболеваниями в рамках этой области знания должно осуществляться теми же методами и с учетом тех же закономерностей, которые свойственны общей психологии, но не психопатологии. Последняя, будучи разделом психиатрии, описывает признаки психического заболевания в динамике, отслеживая особенности их возникновения, течения и связи с другими расстройствами, оперируя при этом такими клиническими понятиями, как этиология, патогенез, симптом, синдром, и используя разнообразные общепатологические критерии (возникновение болезни, исход болезни).

Отечественная парадигма патопсихологии связана с именами таких выдающихся психиатров и психологов, как В. К. Кандинский, С. С. Корсаков, Л. С. Выготский и др. Однако непосредственными родоначальниками отечественной патопсихологии называют Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн. Так, именно Б. В. Зейгарник психологическая наука обязана наиболее полным определением патопсихологии. По мнению Б. В. Зейгарник, патопсихология – это раздел клинической психологии, изучающий закономерно-

сти искажений отражательной деятельности мозга, закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме [8].

Прикладное значение патопсихологии проявляется в решении следующих задач:

1. Получение данных для диагностики, которые оказывают существенную помощь в установлении нозологического диагноза в целом, и разграничения заболеваний, имеющих сходные симптомы (дифференциальная диагностика), в частности.

2. Участие в производстве различного рода экспертиз в целях установления в интересах экспертизы степени выраженности психического дефекта:

- военная экспертиза – получение соответствующего патопсихологического обоснования клинического диагноза с обращением особого внимания на степень выраженности имеющихся клинических проявлений (определение глубины поражения некоторых составляющих психической деятельности);

- трудовая экспертиза – установление глубины выраженности признаков заболевания (как далеко зашло в своем развитии заболевание, насколько снижена трудоспособность испытуемого, имеются ли в его психике (если да, то какие и в какой мере представлены) сохранные элементы, которые могли бы быть использованы для запуска механизмов выздоровления или компенсации психического дефекта);

- судебно-психиатрическая экспертиза – установление степени выраженности психических нарушений;

- психолого-медико-педагогическая экспертиза – выявление структуры и степени выраженности интеллектуального дефекта и др.

3. Участие в реабилитационной работе: анализ личностных ресурсов на предмет наличия сохранных сторон и возможностей для компенсации утраченных свойств, с целью создания оптимальной программы реабилитационных мероприятий.

4. Участие в психотерапии: получение данных об индивидуально-психологических особенностях пациента для определения оптимального объема психотерапевтических вмешательств, выбора их адекватных форм, а также оценки эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий по объективным характеристикам динамики психического состояния человека.

5. Участие в научно-исследовательской деятельности: исследование неизвестных психических заболеваний, а также структуры психических нарушений в некоторых слабо изученных заболеваниях.

Основной формой деятельности в патопсихологии является патопсихологическое изучение больных с помощью психологических методов. В числе показаний к проведению патопсихологического обследования выделяют:

1) случаи заболеваний, симптомокомплекс которых характеризуется психологическими нарушениями или их высокой вероятностью (в основном психические заболевания и заболевания нервной системы);

2) наличие сопутствующих заболеваний, для которых свойственны нарушения психической деятельности;

3) случаи длительного пребывания на инвалидности при отсутствии какой-нибудь существенной эффективности реабилитационных мероприятий, при условии, что исходный реабилитационный прогноз был благоприятным либо относительно благоприятным;

4) случаи возникновения неадекватно конфликтных ситуаций.

При организации патопсихологического исследования специалист руководствуется следующими принципами:

- системный качественный анализ нарушений психической деятельности;
- апелляция к личности обследуемого, актуализация его личностных отношений;
- выявление не только нарушенных, но и оставшихся сохраненными функций для опоры на них в психокоррекционной работе.

При этом принцип качественного анализа деятельности человека (того, как протекает обследование, чем обусловлены ошибки, характер вмешательства специалиста в ход эксперимента, отношение к обследованию и др.) является в работе патопсихолога приоритетным, поскольку «один и тот же патопсихологический симптом может оказаться обусловленным различными механизмами, индикатором различных состояний. Так, нарушение опосредованной памяти или нестойкость работоспособности больного могут возникнуть вследствие нарушенной умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), оно может быть обусловлено нарушением целенаправленности мотивов (например, при поражениях лобных отделов мозга), оно может быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномоничным, т. е. специфичным для того или иного заболевания: он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования» [8, с. 24].

Ведущим методом патопсихологического исследования выступает патопсихологический эксперимент, направленный на установление психологической структуры дефекта и реализуе-

мый посредством провокации различных проявлений психической деятельности обследуемого для обеспечения максимальной выраженности имеющихся у него нарушений.

В наиболее общем виде при организации патопсихологического эксперимента рекомендуется соблюдать несколько следующих правил:

- эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую человеком в труде, учебе, общении;
- в эксперименте необходимо обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности;
- построение экспериментальных приемов должно одновременно учитывать возможность поиска решений самим обследуемым, а также позволять патопсихологу вмешиваться в его деятельность для выяснения того, как он принимает помощь экспериментатора и может ли ею воспользоваться;
- экспериментально-психологические приемы следует направить на раскрытие качественной характеристики психических нарушений;
- результаты экспериментально-психологического исследования нужно точно и объективно фиксировать.

Кроме того, при любых условиях проведения эксперимента специалисту следует по максимуму стремиться к сбалансированности при подборе диагностического инструментария, непосредственно направленного на выявление тех основных компонентов психической деятельности, недоразвитие или аномалии развития которых обуславливают формирование общей патологической структуры психики (при расстройствах личности – в эмоционально-волевой сфере, при олигофрении – в интеллектуальных

особенностях, речевых, а также волевых процессах, при неврозах и реактивных состояниях – в структуре и индивидуально-психологических особенностях личности и т. д.), а также в обязательном порядке быть готовым варьировать программой исследования исходя из состояния обследуемого.

Понятие патопсихологического синдрома. Целью любого патопсихологического эксперимента является выяснение структуры патопсихологического синдрома, для чего необходимо структурировать и интерпретировать получаемый в ходе исследования материал, уделяя внимание тем симптомам, которые с наибольшей надежностью позволяют установить либо дифференцировать патопсихологические синдромы различных заболеваний.

Патопсихологические синдромы по своим особенностям существенно отличаются от психопатологических или клинических. При психических заболеваниях нарушения морфологического субстрата головного мозга и присущие им изменения протекания биохимических процессов приводят к нарушению физиологических процессов. Выпадают важные звенья функционирования психики, опосредованно нарушается течение психических процессов, прижизненно сформированных на основе физиологических, приводя к патологии отражения центральной нервной системой больного человека сигналов из окружающей среды. Таким образом, психопатологический симптом является завершающим этапом сложной патогенетической цепи.

В. М. Блейхер и И. В. Крук отмечали: «Клинические синдромы являются опосредованным выражением сложившихся нарушений психической деятельности, тогда как патопсихологические синдромы, относящиеся к более низкому уровню вертикальной иерархии формирования психических функций в норме и патологии, в большей мере отражают непосредственные, при-

сущие этим нарушениям, причинно-следственные взаимоотношения» [3, с. 15]. Под патопсихологическим симптомокомплексом/синдромом понимается совокупность особенностей и нарушений познавательных процессов, относительно специфичных для той или иной клинической нозологии, имеющих в своей основе определенные психологические механизмы [3]. Согласно современным представлениям сущность патопсихологического синдрома может быть представлена следующим образом:

1. Особенности аффективного реагирования, мотивации, системы отношений обследуемого.
2. Особенности отношения к факту обследования и реакция на экспериментатора.
3. Особенности отношения к отдельным заданиям (проверка памяти), изменения поведения в процессе эксперимента.
4. Анализ выполнения задания, отношение к результату.
5. Анализ отношения к оценкам экспериментатора.
6. Характеристика действий обследуемого при решении познавательной задачи: оценка целенаправленности, подконтрольности действий, критичности.
7. Тип операциональной оснащенности: особенности процесса обобщения, изменение избирательности познавательной активности (операции синтеза, сравнения).
8. Характеристика динамического процессуального аспекта деятельности, то, как деятельность меняется во времени.

Впервые патопсихологические синдромы (шизофренический (диссоциативный), органический, олигофренический, психопатический синдромы и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов) были выделены И. А. Кудрявцевым в 1982 г. В дальнейшем В. М. Блейхер дополнил этот список, описав восемь патопсихологических синдромов [3]:

1. Шизофренический патопсихологический регистр-синдром: характеризуется личностно-мотивационными расстройствами (изменение структуры иерархии мотивов, нарушение целенаправленности мышления (резонерство, разноплановость и др.); эмоционально-волевыми расстройствами (уплощение и диссоциация эмоций, парабулии и др.); изменениями самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.). При этом ядром синдрома выступает нарушение селективности (избирательности) информации: неадекватный характер ассоциаций, формальность и выхолощенность (бессодержательность) ассоциативных ответов, использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективных критериев, некритичность и разноплановость мышления, резонерство и соскальзывание на случайные ассоциации в суждениях, использование вычурных или усложненных речевых конструкций, искаженное толкование условного смысла, колебание внимания и снижение активности.

2. Аффективно-эндогенный патопсихологический регистр-синдром (маниакально-депрессивный психоз или биполярное аффективное расстройство и функциональные аффективные психозы позднего возраста). Психические нарушения при биполярном аффективном расстройстве проявляются в виде триады психических проявлений: аффективные расстройства, изменения в мыслительной и двигательной сферах. При этом отмечается очевидный противоположный характер этих нарушений при маниакальных и депрессивных состояниях. Так, депрессивные состояния характеризуются пониженным настроением, замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью, тогда как маниакальному состоянию, напротив, свойственно повышенное настроение, ускорение мыслительных

процессов с возникновением различных ассоциаций и психомоторного возбуждения.

3. Олигофренический патопсихологический регистр-синдром (умственная отсталость, олигофрения (греч. *oligos* – мало, *phren* – ум) проявляется в интеллектуальной недостаточности в виде стабильного, непрогрессирующего слабоумия; сочетается с недоразвитием эмоциональности, моторики, восприятия, внимания, обучаемости. Мышление конкретное, снижен уровень операций обобщения и абстрагирования, плохо образуются логические связи и закономерности, преобладают операции различения над операциями обобщения. Равномерно снижен вербальный и невербальный интеллект. Обеднен словарный запас, круг представлений включает личный практический опыт, впечатления, ощущения, воспоминания и мало представлен опосредованными представлениями. Выраженная и стойкая недостаточность интеллекта может быть врожденной либо обусловленной причинами, действующими в первые три года ребенка. От олигофрении следует отличать стойкую задержку психического развития в виде психического инфантилизма (сочетание личностной незрелости и умственного отставания), а также временное отставание в психическом развитии, возникающее вследствие педагогической запущенности¹.

4. Экзогенно-органический патопсихологический регистр-синдром (экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговых травм, токсикомании и т. д.): к основным симптомам относится снижение всех функций (внимания, памяти, мышления, умствен-

¹ Утрата умственных способностей в виде грубого снижения интеллекта (тотального и парциального (частичного), возникающая в более старшем возрасте, обозначается термином «деменция» (лат. *dementia* – безумие).

ной работоспособности), что проявляется в низком уровне обобщения (конкретного и конкретно-ситуационного характера), конкретном уровне ассоциаций, непонимании условного смысла, трудностях установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений; замедленности и истощаемости психических процессов, инертности мыслительных действий и обстоятельности суждений, «застревании» на несущественных деталях, устойчивом повторении ответов и ассоциаций. В целом вербальный интеллект ниже наглядно-образного. Нарушены мнестические процессы, уменьшен объем непосредственного и опосредованного запоминания, снижена умственная работоспособность (по гипостеническому и гиперстеническому типам). Ведущим показателем церебрального атеросклероза является астения (истощаемость психических функций). Характерно расстройство памяти, которое проявляется в снижении объема удержания информации, страдает способность удержания следов.

5. Эндогенно-органический патопсихологический регистр-синдром (истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге) характеризуется изменением мышления, речи, памяти, темпа деятельности, обнаруживаются явления инертности, тугоподвижности психических процессов. Так, при эпилепсии мышлению и речи зачастую свойственно «топтанье на месте», вязкость и обстоятельность высказываний, выделение второстепенных (детализированных) признаков при мыслительных операциях. Обнаруживается феномен псевдорезонерства и пустых рассуждений, аффективная ригидность и отсутствие чувства юмора.

6. Личностно-аномальный патопсихологический регистр-синдром (акцентуации, психопатии и обусловленные прежде всего аномальной почвой психогенные реакции): ядром синдрома являются личностно-мотивационные нарушения, которые

проявляются в эмоциональной насыщенности ассоциаций, аффективно насыщенном рассуждательстве, претенциозности суждений, наличии оценочных комментариев, опоре на субъективно предпочитаемые критерии при обобщении, частичной некритичности мышления, характерных нарушениях самооценки. Принято выделять следующие классические типы психопатов: циклоиды, шизоиды, epileптоиды, астеники, психастеники, паранойяльные психопаты, истерические психопаты, неустойчивые психопаты, органические психопаты. При этом следует помнить, что в МКБ-10 понятие «психопатия» отсутствует. Речь идет о расстройствах личности.

7. Ядром психогенно-психотического патопсихологического регистр-синдрома (реактивные психозы) является аффективная дезорганизация умственной деятельности, которая проявляется в искажении процесса обобщения с акцентом на аффективно значимых признаках предметов, аффективно обусловленных задержках или затруднениях ответов, снижении уровня обобщения и абстрагирования, искажении переработки сюжетов с вытеснением эмоционально значимых (отрицательных) компонентов, фиксации и доминировании аффективного круга представлений, проекции аффективных тематических комплексов в материал заданий, общих динамических нарушениях внимания и его переключения. Острота и лабильность нарушений психических функций сопровождается утратой способности критически оценивать как свое состояние, так и ситуацию в целом, вследствие чего теряется способность адаптироваться к ней. Ведущим клиническим признаком реактивного психоза выступает продуктивная психотическая симптоматика.

8. Психогенно-невротический патопсихологический регистр-синдром (неврозы и невротические реакции). В наиболее общем

виде неврозы характеризуются психогенным характером возникновения, вегетативными и соматическими расстройствами, стремлением к преодолению болезни, переработке личностью сложившейся ситуации и возникшей болезненной симптоматики и проявляются преимущественно в виде эмоциональных нарушений, нарушений поведения и нарушений нейровегетативной регуляции внутренних органов. К основным видам невроза относят неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний и невротическую депрессию.

Разумеется, систематика патопсихологических регистр-синдромов пока далека от совершенства. Тем не менее при условии правильной квалификации патопсихологического синдрома возможности специалиста по успешной верификации нозологического диагноза существенно возрастают, что позволяет направить коррекционную и терапевтическую работу в верном направлении.

Патопсихологическая характеристика познавательных психических процессов. В наиболее общем виде патопсихолог вскрывает характер протекания и особенности структуры разнообразных психических процессов, таких как ощущение, восприятие, память, мышление, внимание, эмоции, воля и др., которые затем обобщает симптомокомплекс, соотносимый с нозологической формой [21].

Нарушения ощущений могут протекать в количественной и качественной формах. К количественным изменениям ощущения относятся гипер- и гипестезия, а также анестезия. Качественные изменения ощущений выражаются в парестезиях, сенестезиях и сенестопатиях.

К патологическим изменениям восприятия относят психосенсорные расстройства и иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации.

Среди нарушений внимания наиболее значимыми являются отвлекаемость и инертность, повышенная истощаемость и нарушение концентрации внимания.

Патологические изменения памяти выражаются в таких формах, как парамнезии, проявляющиеся в виде конфабуляций, псевдореминисценций и криптомнезий, гипер- и гипомнезии, амнезиях разного вида (ретроградная, антероградная, конградная, ретроантероградная, фиксационная, прогрессирующая, ретардированная, стационарная, регрессирующая, аффектогенная, истерическая амнезия и анэктория).

Нарушения мышления делятся на две группы:

1. По форме (формально-логические):

– по темпу: ускорение мышления и речи и замедление мышления и речи (брадифазии);

– по стройности: разорванность, бессвязность, инкогерентность, вербигерация, паралогическое мышление, перерывы в мышлении;

– по целенаправленности: резонерство, аутистическое мышление, символическое мышление, разноплановость, неологизмы, персеверации, вязкость мышления.

2. По содержанию: бредовые, навязчивые и сверхценные идеи.

Б. В. Зейгарник предлагала делить нарушения мышления по следующим группам:

1. Нарушение операциональной стороны мышления – снижение уровня обобщения и искажение процессов обобщения.

2. Нарушение личностного компонента мышления – разноплановость мышления, снижение критичности и саморегуляции.

3. Нарушение динамики мыслительных процессов – лабильность (неустойчивость способа выполнения мыслительных

операций), инертность (тугоподвижность мышления, ригидность, трудности переключения).

4. Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности – нецеленаправленность мыслительных действий [8].

Патологические нарушения в эмоциональной сфере могут проявляться в виде эмоциональной напряженности, тревоги, страха, ужаса, паники, фобии, депрессии, дисфории, эйфории, эмоциональной лабильности, слабодушия, эмоциональной амбивалентности, парадоксальности эмоционального реагирования, апатии и др.

К нарушениям воли относятся гипо- и гипербулия, абулия и парабулия, амбитендентность.

Расстройства влечений принято классифицировать в зависимости от лежащего в их основе инстинкта:

1. Расстройства пищевого влечения: булимия, анорексия, извращение влечения к пище, полидипсия.

2. Расстройства инстинкта самосохранения: ослабление инстинкта, повышенный инстинкт самосохранения, извращенные инстинкты.

3. Расстройства полового влечения: повышение и понижение полового влечения, сексуальные девиации.

4. Импульсивные влечения: пиромания, дромомания, клептомания и др.

Нарушения сознания делятся на две категории: выключение и помрачение. Состояния выключенного сознания включают в себя кому (полное выключение сознания с отсутствием реакции на раздражители), сопор (частичное включение сознания с невозможностью речевого контакта, с реакциями только на непосредственные раздражители значительной силы и, безусловно, рефлекторными реакциями), оглушенность (резкое замедление темпа протекания всех психических процессов), сомнолцию

(оглушенность, сопровождаемую сонливостью), обнубиляцию (кратковременное поверхностное изменения ясности сознания, субъективно переживаемое как затруднение, но не полная возможность разобраться в происходящем).

К состояниям помраченного сознания относятся сумеречное, делириозное, онейроидное и аментивное помрачение сознания.

Под расстройствами самосознания – деперсонализацией (лат. *de* – отрицание, *persona* – личность) понимают патологически измененное восприятие окружающей действительности и (или) собственного «Я». Деперсонализацию делят на аллопсихическую, соматопсихическую и аутопсихическую.

Лекция 5. Нейропсихология: теоретические основы и практическое значение

Общее представление о нейропсихологии. Нейропсихология – это наука, изучающая факты, закономерности, механизмы психической деятельности с точки зрения ее мозговой организации как в условиях нормы, так и в условиях аномалии. Наиболее глубокие и разносторонние исследования зависимости между психическими процессами и мозговой деятельностью начинаются с XVII столетия, наибольшего расцвета достигая с работами И. М. Сеченова. Тем не менее основоположником нейропсихологии в России называют А. Р. Лурию, при том что первые исследования собственно нейропсихологического характера проводились еще в 20-е гг. XX в. Л. С. Выготским. Так, по результатам собственных исследований Л. С. Выготским были сформулированы принципы локализации функций, отличающие работу человеческого мозга от работы мозга животного, обнаружены нейропсихологические пути компенсации нарушенных в результате локальных поражений мозга психических функций. Это и стало в конечном счете основой теории системной динамической локализации высших

психических функций, сформулированной в 50–60 гг. XX в. А. Р. Лурией и ставшей затем фундаментом нейропсихологии.

Теория системной динамической локализации высших психических функций. Положение о системном строении высших психических функций (многоэтапная иерархическая многоуровневая мозговая организация каждой функции) и их системной мозговой организации составляет общепсихологическую основу современной нейропсихологии.

Под высшими психическими функциями (как их определял Л. С. Выготский) понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности. В отличие от низших психофизиологических функций (моторная, мнемическая и др.), которыми обладают даже животные, высшие психические функции являются только человеческим образованием. Они формируются под влиянием социальных факторов, т. е. прижизненно, по своему психологическому строению являются опосредованными, прежде всего речью, и произвольны по способу осуществления.

Говоря о локализации психических функций в головном мозге, следует отметить, что этот вопрос выступал предметом многосторонних исследований и споров уже с древних времен, находя свое последовательное отражение в одном из трех подходов: узкий локализационизм, антилокализационизм, или эквипотенциализм (концепция равных возможностей), и системная динамическая локализация¹.

¹ Локализация высших психических функций – соотношение различных звеньев (аспектов) психической функции как функциональной системы с различными факторами (физиологическими закономерностями), присущими работе той или иной мозговой структуры (корковой или подкорковой), синоним «мозговой организации высших психических функций».

К представителям узкого локализационизма относят таких исследователей, как Ф. Галль, К. Кляйст, П. Брока, К. Вернике, Ж. Шарко и др. В основе их исследований лежало установление зависимости психической функции от работы конкретного субстрата. В результате психические функции представлялись им едиными, неразложимыми психическими способностями, связанными с узко ограниченными участками коры мозга (мозговыми центрами). Следовательно, мозг выступал совокупностью таких «центров», отвечающих каждый за определенную функцию. Поэтому за поражением какого-либо центра следовало выпадение свойственной ему функции.

Антилокализационизм связывают с именами К. Гольдштейна, Ж. Флуранса, К. Лешли, А. Бергсона и др. Исследователи данного направления представляют мозг единым недифференцированным целым, с которым психические функции, рассматриваемые ими как неделимые психические способности, связаны в равной степени. В связи с этим любое поражение мозга будет выражаться в общем снижении функции (снижение интеллекта, ухудшение символической функции и др.), поскольку на степень нарушения функции оказывает влияние масса пораженного мозга, а не локализация поражения.

В рамках подхода динамической локализации А. Р. Лурии мозг представляет собой объединенное в единое целое множество высокодифференцированных частей, каждой из которых свойственна собственная специфическая роль. При этом с мозговыми структурами, по мнению А. Р. Лурии, соотносится не психическая функция в целом либо отдельные ее звенья, а физиологические процессы, осуществляемые в этих структурах. Поэтому к появлению первичных дефектов (первичных нейропсихологических симптомов), распространяющихся на целый ряд взаимосвязанных психических функций, и связанных с ними вторичных

(вторичных нейропсихологических симптомов), в совокупности составляющих закономерное сочетание нарушений высших психических функций (нейропсихологический синдром), приводит именно нарушение физиологических процессов¹.

В наиболее общем виде основные положения теории системной динамической локализации высших психических функций человека выглядят следующим образом [22]:

1. Каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и осуществляется мозгом как единое целое. Однако различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции.

2. Различные звенья психологической системы «размещены» в различных корковых и подкорковых структурах и многие из них могут замещать друг друга.

3. При повреждении определенного участка мозга (прежде всего вторичных и третичных областей коры больших полушарий) возникает первичный дефект – нарушение определенного физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре (фактору).

4. Возникновение вторичных дефектов является системным следствием поражения общего звена, входящего в различные функциональные системы.

5. Каждое звено психологической функциональной системы обеспечивается определенным фактором.

Направления современной нейропсихологии. Как самостоятельная научная область нейропсихология оформилась в 40–50 гг.

¹ Первичные нейропсихологические симптомы – нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора. Вторичные нейропсихологические симптомы – нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.

XX в. Тем не менее, несмотря на ее молодость, в настоящее время на основании общности теоретических представлений и характера решаемых задач в ней выделяется несколько вполне самостоятельных направлений:

- клиническая нейропсихология – занимается изучением нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, и сопоставлением их с общей клинической картиной заболевания;

- реабилитационная нейропсихология – занимается восстановлением высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений головного мозга;

- экспериментальная нейропсихология – одной из задач является экспериментальное (в том числе аппаратное) изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга;

- психофизиологическая нейропсихология – изучает физиологические механизмы нарушений высших психических функций методами психофизиологии;

- нейропсихология детского возраста – направление в нейропсихологии, изучающее специфику нарушений психических функций при локальных мозговых поражениях у детей.

В последние годы все больше начинает утверждаться и нейропсихологический подход в психодиагностике, утверждающий целесообразность применения нейропсихологических знаний для изучения здоровых людей с целью профотбора, профориентации и т. д.

Методы нейропсихологии. Решение нейропсихологией собственных задач осуществляется с использованием двух групп методов: методов получения теоретических знаний и методов для применения в практической деятельности. К первой группе

методов относят сравнительно-анатомический метод исследования, а также методы раздражения и разрушения.

Сравнительно-анатомический метод имеет своей целью изучение зависимости способов жизни, поведения животных от особенностей строения их нервной системы. Метод раздражения изучает особенности высших психических функций, проявляющиеся в результате непосредственного воздействия на отдельные участки коры электрическим током либо механически (прямое раздражение), а также через наблюдение за изменением характера электрической активности различных участков мозга при воздействии на них различных естественных факторов (непрямое раздражение).

Развитие неврологии, нейрохирургии, нейрофизиологии и нейропсихологии позволило детально изучить активность отдельных нейронов за счет вживления в них микроэлектродов. Метод разрушения или выключения (в зависимости от этого необратимые либо обратимые разрушения¹) предполагает разрушение/выключение определенной области мозга и наблюдение за поведением субъекта.

В практической деятельности нейропсихологи используют предложенный А. Р. Лурией метод синдромного анализа, который представляет собой набор специальных проб, адресующихся к познавательным процессам, произвольным движениям и действиям обследуемого. Посредством предъявления данных проб, скомпонованных по степени сложности и связанных темпом предъявления, становится возможным с большой точностью проанализировать состояние высших психических функций по их

¹ Необратимые разрушения получаются в результате хирургического удаления участков мозга либо методом перерезки комиссур мозга; обратимые – связаны с временным выключением тех или иных участков мозга с последующим их восстановлением, осуществляемым посредством охлаждения либо введения специального препарата в сонную артерию.

основным параметрам и выявить тонкие формы этих нарушений (постановка топического диагноза), основываясь на системном подходе к анализу нарушений и качественном анализе дефекта.

Таким образом, изучение состояния высших психических функций методом синдромного анализа не столько раскрывает проблему какой-либо системы высших психических функций, сколько выявляет механизм, лежащий в основе нарушения или дефицита развития той или иной формы психической деятельности (так называемый нейропсихологический фактор). Поэтому зачастую прилагательное «синдромный» в термине «синдромный анализ» заменяют «факторный»¹. Кроме того, поскольку синдромный анализ позволяет установить первичный дефект и его вторичные (системные) последствия, то нередко в качестве синонима в научном сообществе, говоря о синдромном анализе, используют и термин «системный анализ»². Таким образом, сущность деятельности нейропсихологов в практическом плане сводится к качественной квалификации нарушений высших психических функций с целью поиска фактора, который приводит к формированию нейропсихологического синдрома.

Нейропсихологический фактор, нейропсихологический синдром. Введение в научный оборот А. Р. Лурией понятия «фактор» является одним из важнейших событий, лежащих в основе становления и развития нейропсихологии. Согласно представлениям А. Р. Лурии все образования мозга могут быть отнесены к одной из двух категорий: образования мозга, поражения которых характеризуются появлением только неврологической

¹ Факторный анализ – изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с выпадением (нарушением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов.

² Синдромный анализ – анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов (синоним – «факторный анализ»).

симптоматики, и образования мозга, поражение которых сопровождается появлением нейропсихологических симптомов и синдромов. К категории последних относятся корковые и подкорковые структуры мозга. Эти синдромообразующие структуры, характеризуясь своими способами работы и особенностями функционирования, составляют морфологическую основу фактора. И в результате каждая зона мозга, участвующая в обеспечении функциональной системы¹, выступая основой той или иной психической функции, становится ответственной за некоторый фактор, нарушение которого приводит к дефекту всей функциональной системы в целом.

А. Р. Лурия понимал под фактором определенный принцип работы той или иной мозговой структуры. Сейчас фактором обозначают структурно-функциональные единицы работы мозга, поражение которых приводит к появлению нейропсихологического синдрома. По критерию лежащих в основе синдромообразующих структур выделяются следующие факторы:

1. Модально-специфические – обеспечивают работу зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, двигательной анализаторных систем. Морфологический субстрат этих факторов связан с вторичными полями коры больших полушарий, входящими в «ядерные зоны» корковых отделов анализаторов.

2. Модально-неспецифические – связаны с работой неспецифических, срединных структур мозга; фактор инертности-подвижности нервных процессов, составляющий основу синдромов поражения передних отделов мозга, и обуславливающий самые разные персеверации, проявляющиеся в гностической, интеллектуальной и двигательной сферах; фактор активации-дезактивации, нарушение которого лежит в основе в адинамии,

¹ Функциональная система – физиологическое понятие, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций.

нарушениях произвольного внимания; фактор спонтанности – аспонтанности, обуславливающий дезорганизацию активного целесообразного поведения.

3. Факторы, связанные с работой ассоциативных (третичных) областей коры больших полушарий, – направлены на обеспечение взаимодействия разных анализаторных систем за счет синхронизации работы двух основных комплексов третичных полей: префронтального (конвекситального) (фактор программирования и контроля за различными видами психической деятельности) и теменно-затылочно-височного (зоны ТРО¹) (фактор симультанной организации психических процессов).

4. Полушарные факторы (отражают работу левого и правого полушарий мозга):

- факторы, связанные с абстрактными (вербально-логическими) и конкретными (наглядно-образными) способами переработки информации;
- фактор осознанности/неосознанности психических функций и состояний;
- фактор сукцессивной (подчиненная определенной программе последовательная и развернутая во времени организация психической деятельности работа левого полушария) / симультанной (организуемая по принципу гештальта работа правого полушария, обеспечивающая одновременное протекание психических процессов) организации высших психических функций;
- фактор произвольной/непроизвольной регуляции психической деятельности: нарушения произвольной (речевой) регуляций движений и действий, как правило, связаны с поражением левого полушария, его передних отделов.

¹ Зоны перекрытия височной (*temporalis*), теменной (*parietals*) и затылочной (*occipitalis*) коры.

5. Факторы межполушарного взаимодействия – обеспечивают совместную работу левого и правого полушарий мозга (мозолистое тело и другие срединные комиссуры мозга).

6. Общемозговые факторы – обеспечивают интегративную целостную работу всего мозга за счет действия таких общемозговых механизмов, как кровообращение, лимфообращение, гуморальные и биохимические процессы.

Отдельную категорию составляют факторы, связанные с работой глубинных подкорковых структур головного мозга.

Разумеется, каждый фактор обладает определенной автономностью, и потому нарушение одного из них необязательно влечет за собой нарушение других, в то время как нарушение каждого из них выражается в появлении нейропсихологического синдрома, характеризующегося определенной структурой симптомов.

В отличие от традиционного понимания симптома как признака нарушения функции нейропсихологический симптом представляет собой нарушение той или иной высшей психической функции, имеющей определенный механизм (фактор).

Безусловно, в ходе анализа мозговой организации психических процессов и в постановке топического диагноза квалификация симптомов является первым этапом, за которым следует обязательный переход через фактор, лежащий в основе нарушения симптома, к анализу симптомокомплекса или синдрома, в который данный симптом входит.

Под нейропсихологическим синдромом понимается закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением/нарушением определенного фактора (или нескольких факторов), возникающее в результате локальных поражений головного мозга. Получается, что нейропсихологи говорят о синдроме как об избирательном нарушении такой группы психических процессов, в которую входит один и тот же фактор,

и сохранности других высших психических функций, в структуру которых этот фактор не входит. Синдром, как правило, включает в себя комплекс первичных и вторичных симптомов. Первичными обозначаются нарушения, связанные с непосредственным поражением мозговой структуры. Вторичные нарушения возникают на основе первичных, проявляясь в нарушениях тех функций, нормальное протекание которых возможно лишь при сохранности соответствующего звена функциональной системы, связанного с работой пораженного участка мозга.

Следует отметить, что понятие «синдром» употребляется в нейropsychологии в двух значениях. Первое из них связано с локализацией поражения мозга, являющегося причиной наблюдаемых симптомов, и тогда мы можем увидеть такое название, как, например, «синдром поражения затылочных отделов правого полушария». Второе значение этого термина отражает содержательную сторону происходящего процесса, поэтому в его названии имеется указание на нарушенную функцию. Так, для нарушения речи используется термин «синдром афазии», для нарушений восприятия (гнозиса) – «синдром агнозии» и, наконец, для нарушений произвольных действий (праксиса) – «синдром апраксии».

С точки зрения топического принципа (выделение области поражения мозга) выделяют следующие neuropsychологические синдромы:

- синдромы поражения корковых отделов больших полушарий (латеральной, базальной и медиальной коры больших полушарий);
- синдромы поражения «ближайшей подкорки» (срединных неспецифических структур, срединных комиссур мозга, структур, находящихся в глубине полушарий);
- синдромы поражения глубоких структур мозга.

Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных корковых полей и подразделяются на две большие группы: синдромы, связанные с поражением задних отделов мозга, и синдромы, связанные с поражением передних отделов больших полушарий (как левого, так и правого).

Нейропсихологические синдромы, связанные с поражением задних отделов коры больших полушарий мозга, лежат в основе гностических, мнестических и интеллектуальных расстройств, связанных с нарушением различных модально-специфических факторов. В их число входят:

1. Синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры, которые связаны с поражением вторичных корковых полей зрительного анализатора и прилежащих отделов теменной коры (модально-специфические зрительный и зрительно-пространственный факторы). Выражаются в нарушениях зрительного гнозиса, зрительной памяти и зрительных представлений, оптико-пространственного анализа и синтеза. Отдельную группу симптомов при поражении затылочно-теменной коры (на границе с височными вторичными полями) составляют нарушения речевых функций в виде оптико-мнестической афазии.

2. Синдромы поражения третичных височно-теменно-затылочных отделов коры (зоны ТРО), которые связаны с нарушениями факторов, координирующих работу третичных полей больших полушарий. Наиболее очевидно данные синдромы проявляются в трудностях ориентации во внешнем зрительном пространстве, двигательнo-пространственных нарушениях (конструктивная апраксия), в интеллектуальных расстройствах (нарушения наглядных мыслительных процессов, проявляющиеся в трудностях решения наглядно-образных задач или задач на «техническое» мышление).

3. Синдромы поражения коры теменной области мозга, которые возникают в связи с поражением вторичных корковых полей кожно-кинестетического анализатора, а также третичных теменных полей. Основными факторами, обуславливающими их появление, являются модально-специфические кожно-кинестетические факторы. Выделяют нижнетеменной и верхнетеменной синдромы поражения теменной области мозга:

- нижнетеменной синдром связан с поражением постцентральных средненижних областей коры, граничащих с зонами представительства руки и речевого аппарата; проявляется в гностических тактильных расстройствах;
- верхнетеменной синдром проявляется в нарушении «схемы тела».

4. Синдромы поражения конвекситальной коры височной области мозга представлены двумя типами:

- синдром, связанный с поражением зоны T1 (ядерной зоны коры звукового анализатора), выражающийся в нарушениях фонематического слуха, приводящих к расстройству речи (сенсорной афазии);
- синдром, связанный с поражением зоны T2 (областей, расположенных на границе височной и теменно-затылочной коры), проявляющийся в нарушениях слухоречевой памяти в форме акустико-мнестической афазии. Основными факторами, обуславливающими их появление, являются модально-специфические факторы.

5. Синдромы поражения коры медиобазальных отделов височной области мозга, которые связаны с нарушениями модально-неспецифических факторов, проявляются в модально-неспецифических нарушениях памяти (трудности непосредственного удержания следов), нарушениях в эмоциональной сфере

(аффективные пароксизмы в виде приступов страха, тоски, ужаса, сопровождающиеся бурными вегетативными реакциями), нарушениях сознания (в тяжелых случаях могут возникать про-соночные состояния сознания, спутанность, иногда галлюцинации; в более легких случаях – трудности ориентировки в месте, времени, конфабуляции).

Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий подразделяются на два типа синдромов:

1. Синдромы поражения премоторных отделов коры, которые связаны с нарушением модально-специфического фактора, обеспечивающего корковую организацию движений, проявляющегося в нарушениях плавности, автоматизированности, последовательности двигательных актов как простых, так и сложных (распад «кинетической мелодии», по словам А. Р. Лурии). Выделяются два типа таких синдромов:

- синдромы поражения верхних отделов премоторной области;
- синдромы поражения нижних отделов премоторной области.

2. Синдромы поражения коры префронтальной области мозга подразделяются на следующие виды:

- синдромы поражения коры префронтальных конвексимальных отделов лобных долей мозга (префронтальные конвексимальные синдромы или «лобные синдромы»), которые могут проявляться как фактически бессимптомно, так и в виде грубого нарушения поведения, распада даже простейших программ целенаправленной психической деятельности, в нарушениях «внутреннего плана» деятельности, потере целесообразности отдельных поведенческих актов (замене их штампами), в нарушениях про-

извольной регуляции поведения, изменении эмоционально-личностной, мотивационной сфер (исчезновении профессиональных интересов, привязанности к родным и т. д.), в дефектах регуляции сложных произвольных движений и действий, которые обозначаются как регуляторная апраксия или «апраксия целевого действия»;

– синдромы поражения медиобазальных отделов префронтальной коры (префронтальные медиобазальные синдромы), проявляющиеся в изменениях состояний бодрствования, сознания (неправильная ориентировка в месте и времени, быстрая истощаемость, колебания функционального состояния и др.), а также в изменениях в эмоциональной сфере при сохранности зрительного, слухового и тактильного восприятия и речевых функций, отсутствии двигательных персевераций.

При поражении нескольких зон мозга могут возникать так называемые «смешанные» синдромы.

В содержательном плане нейропсихологические нарушения подразделяются на агнозию, апраксию, афазию.

Агнозия – это нарушение восприятия и перцептивной деятельности, не связанное с расстройством элементарных сенсорных процессов. В зависимости от очага поражения, затрагивающего корковые отделы того или иного анализатора, агнозии делятся на зрительные, слуховые и тактильные. Однако даже в пределах одной модальности симптомы агнозии чрезвычайно разнообразны и могут затрагивать нарушения восприятия одних параметров стимулов при полной сохранности восприятия других.

Среди нарушений зрительного гнозиса выделяют шесть основных форм [32]:

1) предметная агнозия – нарушение зрительного гнозиса, которое проявляется в виде нарушения зрительного узнавания отдельных реальных предметов и их изображений; образуется в

результате поражения затылочно-теменных отделов любого полушария;

2) оптико-пространственная агнозия – нарушение зрительного гнозиса, которое выражается в том, что человек теряет способность ориентироваться в знакомом пространстве, различать координаты «право-лево», а в более грубых случаях – «верх-низ»; возникает в результате поражения зоны ТРО;

3) буквенная агнозия – нарушение зрительного гнозиса, при котором буквы воспринимаются как рисунки без понимания их смысла и потому не могут быть прочитаны; связана с поражением левой затылочно-теменной области;

4) цветовая агнозия – нарушение зрительного гнозиса, которое выражается в том, что возможность правильно различать и опознавать отдельные основные цвета сочетается с неспособностью соотнести цвет с определенным объектом; возникает в результате поражения затылочно-теменных отделов правого полушария;

5) симультанная агнозия – нарушение зрительного гнозиса, при котором теряется способность устанавливать связи между отдельными объектами и их деталями в зрительном поле или на картинах, понимать смысл сюжета; возникает при двустороннем или правостороннем поражении затылочно-теменных отделов;

6) лицевая агнозия – нарушение зрительного гнозиса, при котором не различаются знакомые, женские, детские и мужские лица, в тяжелых случаях не узнается собственное лицо, не распознаются особенности мимики; связана с поражением затылочно-теменных отделов правого полушария.

Слуховые агнозии связаны с поражением височной доли правого (у правшей) полушария и подразделяются на три формы:

1) амузия – нарушение способности различать мелодии, узнавать и воспроизводить знакомую мелодию;

2) акустическая агнозия – нарушение способности различать звуки речи, бытовые, предметные и природные звуки, шумы;

3) аритмия – нарушение способности к правильной оценке и воспроизведению ритмических структур, воспринимаемых на слух.

Тактильная агнозия представляет собой нарушение узнавания формы объектов на фоне относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности. Выделяется пять форм:

1) астереогноз – нарушение способности воспринимать предметы на ощупь; возникает при поражении нижней теменной доли;

2) пальцевая агнозия – нарушение возможности называния пальцев руки; связана с поражением нижней теменной доли и зоны ТРО;

3) соматоагнозия – нарушение способности узнавать части тела, определять их расположение по отношению друг к другу; поражение локализуется в верхнетеменной области (чаще правого полушария);

4) дермалексия – нарушение способности опознавать цифры или буквы, написанные на коже руки; возникает в результате поражения левой теменной области;

5) агнозия свойств объекта (например, текстуры) – нарушение тактильного гнозиса, при котором человек, правильно описывая объект, осязаемый с закрытыми глазами, и его назначение, не может его назвать; возникает в результате поражения задней части островка и задней центральной извилины.

Апраксия – нарушение произвольных целенаправленных движений, которое нельзя объяснить элементарными двигательными расстройствами (параличами, парезами), расстройствами чувствительности или координации. Согласно исследованиям А. Р. Лурии выделяется четыре формы апраксии [32]:

1) кинестетическая апраксия – нарушение проприоцептивной кинестетической афферентации двигательного акта, характеризующееся недифференцированными и плохо управляемыми движениями (симптом «рука-лопата»), теряется способность без предмета показать, как совершается действие и др.; возникает при поражении нижней теменной дольки любого полушария;

2) пространственная апраксия – расстройства зрительно-пространственных синтезов, нарушения представлений «верх-низ» и «право-лево» при сохранности зрительных функций; возникает при поражении зоны ТРО, в частности при поражении левого полушария;

3) кинетическая (эфферентная) апраксия – расстройства временной организации программы двигательных актов и различных психических функций, проявляющиеся в виде нарушения последовательности выполнения элементов движений – персевераций, при которых поражаются премоторные области лобной доли левого (у правшей) полушария;

4) регуляторная апраксия – расстройства, связанные с исключением сознательного контроля за выполнением действий, заменой нужных движений на шаблонные при сохранности мышечного тонуса и мышечной силы; возникает при поражении фронтальных отделов лобной доли левого (у правшей) полушария.

Афазия – интегральное, патологическое новообразование, связанное с нарушением функции речи, в структуру которого входит несколько пластов: морфофизический, психологический, лингвистический и социальный. В соответствии с классификацией А. Р. Лурии существует семь форм афазий [32]:

1) сенсорная афазия (нарушение рецептивной речи) – характеризуется снижением фонематического слуха (способность различать звуковой состав речи), что выражается в нарушении

понимания устного родного языка; возникает в результате поражения задних отделов верхней височной извилины левого полушария у правшей (зона Вернике);

2) эфферентная моторная афазия (нарушения экспрессивной речи) – характеризуется нарушениями в общей организации речевого акта (потеря плавности и четкой временной последовательности («кинетическая мелодия») при сохранности артикуляционных способностей и способности к пониманию обращенной к ним речи; возникает при поражении нижних отделов коры премоторной области;

3) амнестическая афазия (связана с поражением зоны ТРО) – делится на три основные формы:

- акустико-мнестическая афазия характеризуется неполноценностью слухоречевой памяти (сниженной способностью удерживать речевой ряд в пределах 7 ± 2 элементов и синтезировать ритмический узор речи); возникает при поражении среднезадних отделов левой височной доли;

- собственно амнестическая (номинативная) афазия проявляется в трудностях называния редко употребляемых в речи предметов при сохранности объема удерживаемого речевого ряда на слух; возникает при поражении задненижних отделов теменной области на стыке с затылочными и височными долями;

- оптико-мнестическая афазия – расстройство речи, при котором нарушается способность к называнию объектов; ее возникновение связано с поражением задненижних отделов височной области с захватом 20-го и 21-го полей и теменно-затылочной зоны – 37-го поля;

4) афферентная (артикуляторная) моторная афазия – характеризуется трудностями синтеза отдельных ощущений в целостные комплексы артикуляторных движений и проявляется в виде

грубых искажений и деформаций артикулем во всех видах экспрессивной речи; возникает при поражении нижних отделов левой теменной области;

5) семантическая афазия – характеризуется ослабленным пониманием сложных грамматических конструкций, нарушается понимание и употребление предлогов, наречий, служебных слов и местоимений; связана с поражениями, возникающими на границе височных, теменных и затылочных областей мозга (или области надкраевой извилины);

6) динамическая афазия – проявляется в виде нарушения внутренней программы высказывания и реализации ее во внешней речи, речевой адинамии; связана с поражением префронтальных отделов левого (у правой) полушария (области, спереди и сверху прилегающие к зоне Брока);

7) проводниковая афазия – характеризуется выраженными расстройствами повторения при относительной сохранности экспрессивной речи; возникает при крупных очагах поражения в белом веществе и коре средне-верхних отделов левой височной доли.

Межполушарная асимметрия. Еще одна важная область исследования нейропсихологии связана с изучением межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия. Первые данные по этому поводу отмечаются еще в школе Гиппократа. В настоящее время под межполушарной асимметрией мозга понимается неравноценность, качественное различие того «вклада», который вносят левое и правое полушария мозга в организацию психических функций. Межполушарным взаимодействием называют особый механизм объединения левого и правого полушарий в единую интегративно функционирующую систему, формирующийся в онтогенезе. При этом исследованиями установлено дифференцированное участие различных мозговых

образований и полушарий мозга в организации высших психических функций. Следовательно, по отношению к какой-либо функции или деятельности ни одно полушарие не является доминирующим, внося в организацию психической функции именно тот вклад, который соответствует свойственному ему принципу работы.

Восстановление высших психических функций (ВПФ) методами нейропсихологии. Итак, А. Р. Лурией было установлено, что мозговые механизмы, осуществляющие организацию ВПФ, представляют собой функциональную систему, основанную на совместной работе территориально независимых областей мозга. В связи с этим А. Р. Лурией был принципиально пересмотрен и вопрос о возможности восстановления ВПФ прежде всего за счет перестройки функциональной системы, создав тем самым условия для развития практики восстановления нарушенных функций как психической деятельности, а не приспособление больных к имеющимся у них дефектам, и практики восстановительного обучения, возвращающего человека к жизни в нормальной, а не упрощенной среде.

Л. С. Цветкова формулирует задачи восстановительного обучения следующим образом [14]:

1. Восстановление психической деятельности больного человека в целом, а не восстановление изолированных отдельных ВПФ.
2. Восстановление ВПФ через восстановление человека – его личности и жизнедеятельности, социального и личного статуса.
3. Восстановление не изолированных частных умений и навыков, а полноценной функции как психической деятельности.
4. Восстановление психических функций, а не приспособление больного к дефекту.
5. Возвращение человека с нарушенными ВПФ в нормальную социальную среду, а не в упрощенную.

В настоящее время выделяются несколько способов восстановления нарушенных психических функций: спонтанное восстановление, растормаживание, викариат и перестройка функциональных систем. Спонтанное восстановление предполагает самостоятельное восстановление нарушенной функции без какого-либо вмешательства извне. Успешность осуществления такого восстановления напрямую связана с этиологией поражения, его локализацией, широтой и тяжестью нарушения, а также доминантностью полушарий. Растормаживание функций восстанавливает их посредством применения либо фармакологических препаратов, либо специальных психолого-педагогических приемов. Под викариатом, длительное время считающимся основным способом восстановления нарушенных функций, понимается их перемещение в другие, сохранные отделы полушарий. И, наконец, специально организованное взаимодействие психолога с больным, направленное на перестройку функциональных систем, которое является самым трудоемким из имеющихся способов восстановления нарушенных функций, но и самым эффективным. Его суть заключается в актуализации к действию тех сохранных звеньев функциональной системы, которые, возникнув в онтогенезе человека, со временем уходят в «запасной фонд», уступая место ведущим афферентациям.

Разумеется, чаще всего восстановительное обучение осуществляется с одновременным применением нескольких методов. Тем не менее основным в этой программе всегда является путь перестройки функциональных систем.

Лекция 6. Психосоматика. Основные теоретические подходы и прикладные аспекты

Общие представления о психосоматике. Начало обсуждения проблемы взаимодействия в болезни психического и соматического факторов положено еще в античности. Однако действительное развитие психосоматического направления началось относительно недавно. К рассмотрению вопросов возникновения любого патологического процесса с позиции единства психической и физической сущности «Я» приходят лишь к началу XX в. Так, в 40-х гг. XX в. Р. А. Лурия писал, что «по существу вся медицина является психосоматической», поскольку был уверен, что в этиопатогенезе любого заболевания как соматического, так и нервно-психического присутствуют (и в той или иной мере влияют на ход течения и исход болезни) психологические и психосоциальные факторы. Между тем термин «психосоматика» был введен во врачебный лексикон гораздо раньше, еще в 1818 г., представляя собой логическое завершение мысли, сформулированной немецким психиатром И. Хайнротом о том, что внутренний душевный конфликт порождает соматическое заболевание. Спустя некоторое время, в 1822 г., другой немецкий психиатр К. Якоби в качестве противоположного и одновременно дополняющего понятия предлагает использовать в обиходе и термин «соматопсихический», утверждающий доминирование в возникновении некоторых нервно-психических заболеваний телесного фактора.

Следует отметить, что в советской психологии 40–50-х гг. XX в. термин «психосоматический» фактически не использовался, поскольку расценивался синонимом слова «психоаналитический». Советские психологи в большинстве своем предпочитали термин «соматопсихический».

В настоящее время под психосоматикой (греч. *psyche* – душа, *soma, somatos* – тело) понимается область клинической психологии, занимающаяся изучением влияния психологических факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Центральным положением психосоматики как раздела клинической психологии является мысль о том, что любое психосоматическое заболевание должно рассматриваться в единстве души и тела, поскольку является свойством человеческого организма как системы. Это означает, что любые изменения в психологическом поле индивида могут способствовать возникновению нового состояния организма, определяемого как психосоматическое заболевание. Как результат, ведущим критерием отнесенности физического заболевания к разряду психосоматических является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые связаны во времени с возникновением либо обострением этого физического нарушения.

Первоначально термином «психосоматика» объединялось лишь несколько заболеваний. Речь идет о семи классических заболеваниях, составляющих «чикагскую, или святую семерку» Ф. Александера: артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, нейродермит и гипертиреоз. Сегодня спектр психосоматических заболеваний включает в себя круг самых разнообразных расстройств, в этиопатогенезе которых наблюдается взаимозависимость психических и соматических факторов. Причем в одну группу все эти заболевания объединяются на основании целого ряда признаков:

1. Начало заболевания провоцируется психическими факторами (психическая травма, эмоциональный стресс, невроз), действие которых может быть кратковременным (например,

смерть близкого человека); довольно длительным (конфликт в семье, на работе, болезнь близкого человека); хроническим (наличие неразрешимых проблем из-за личностных особенностей, комплекса неполноценности, уродства).

2. Наличие ослабленного органа или системы.

3. Характерные личностные особенности (преморбидная личность (пре + лат. *morbus* – болезнь) – личностные качества, свойственные индивиду до начала заболевания).

4. Длительность течения заболевания с постепенным снижением роли психогенных факторов.

5. Наличие вегетативных расстройств.

Систематика психосоматических расстройств. В наиболее общем виде все психосоматические заболевания можно разделить в связи с их отнесенностью к области большой и малой психосоматики. И если к области большой психосоматики относят уже известные типичные психосоматические заболевания (из разряда «чикагской семерки»), то малую психосматику составляют разнообразные плохо дифференцируемые мигрирующие и преходящие неприятные ощущения в теле: напряжение, тяжесть, тянущие ощущения и др., – зависящие от эмоционального и общего состояния человека и сопровождающиеся отрицательными данными медицинской диагностики.

Между тем в последние годы особую популярность приобретает деление психосоматических расстройств с учетом их выраженности:

- конверсионные симптомы;
- психофизиологические (психосоматические) состояния (функциональные синдромы, вегетативные неврозы);
- органические психосоматические заболевания;

– психосоматические реакции, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения (склонность к травмам, алкоголизм и др.).

Конверсионные симптомы (лат. *conversio* – преобразование, превращение, изменение) – это трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты, потеря или нарушение физиологических функций, утрачивающих произвольное управление вследствие психологических проблем. Это символическое выражение психологического конфликта внутренними органами в виде тенденции в ответ на психологический стресс пережить соматический, относящийся к компетенции самых разных врачебных специальностей. Например, во время ссоры у человека, неосознанно запрещающего себе выражать гнев, может внезапно пропасть голос – первичная выгода. В этом случае тело выступает сценой для символического выражения противоречивых чувств больного, подавленных и вытесненных им в бессознательное, поскольку все симптомы являются первичными психическими феноменами и не обнаруживают органической основы. К конверсионным симптомам относят: истерические параличи, психогенную слепоту или глухоту, рвоту, болевые ощущения и др.

Таким образом, конверсионные расстройства – это своеобразный патологический комплекс, приносящий человеку первичную (внутренний конфликт не пропускается в сознания) и вторичную (жалость со стороны окружающих позволяет избежать какой-нибудь неприятной деятельности: радикулит, «освобождающий» человека от занятий неприятным для него физическим трудом) выгоды.

Психосоматические функциональные синдромы иногда называют «неврозами органов», системными неврозами или вегетоневрозами. В этом случае повторяющиеся конверсионные

симптомы, закрепившись, начали проявляться в виде невроза того или иного органа или системы в ответ на любое перенапряжение организма, т. е. приобрели условно-рефлекторную природу. К основным дифференциально-диагностическим признакам таких расстройств относятся:

- несоответствие жалоб пациента объективным данным соматического состояния пациента;
- необычные и несвойственные соматическим состояниям болезненные ощущения;
- наличие симптомов эмоционального расстройства: тревога, страх, обидчивость, раздражительность, плаксивость, вспыльчивость, апатия;
- жалобы на нарушенные отношения и конфликты с окружающими людьми;
- беспокойство пациента по поводу своего социального статуса;
- эффективность психотропной терапии.

Органические психосоматические болезни (психосоматозы) характеризуются наличием морфологически устанавливаемых патологических изменений в органах, в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание. Выбор органа чаще всего наследственно предрасположен. Первые проявления психосоматозов могут возникать уже в ранней юности прежде всего у лиц, характеризующихся специфическими личностными чертами. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, которое обостряется в результате влияния на больного какого-либо стресса. Так формируется «порочный круг». Следует отметить, что в МКБ-10 специального раздела для психосоматических рас-

стройств не предусмотрено, а наличие выраженного и специфического психосоматического компонента заболевания фиксируется кодом F54 – «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках».

Общая характеристика «чикагской семерки» Ф. Алехсандера. Сегодня во всем мире две категории заболеваний – сердечно-сосудистой системы и органов дыхания – занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости. А по оценке врачей древности, они относятся к заболеваниям, образно называемым «вратами смерти».

Артериальная гипертензия (код МКБ-10: I10–I15) – это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанный с наличием патологических процессов, проявляющийся в повышении артериального давления [25]. Факторами возникновения гипертонии выступают нервно-психическое напряжение, возникающее как после острых, так и после длительных эмоциональных перегрузок, малоподвижный образ жизни, наследственность, возрастная перестройка структур мозга.

Гипертоническая болезнь, возникнув психогенно, в последующем начинает развиваться по своим механизмам, причем безотносительно травмирующей ситуации. Эмоциональные реакции становятся малоподвижными, обуславливая склонность к «застреванию» на неприятных переживаниях, что создает условия для повышения артериального давления. Причинным фактором гипертензии выступает подавление открытого выражения неприязни, гнева по отношению к значимым другим из страха лишиться любви, при том что с психологической точки зрения гипертоники хронически готовы к борьбе. Таким образом, в основе

артериальной гипертонии лежит неразрешенный конфликт, выражающийся в потребности быть принятым, любимым другими людьми и одновременно неприязни к ним из-за наличия этой потребности. Отрицательная энергия негативных эмоций при этом не проявляет себя вовне – отсюда постоянное напряжение сердца и сосудов, переходящее в патологию сердечно-сосудистой системы в виде стойкого повышения артериального давления. К преморбидным характеристикам такой личности относятся: сдержанность и упорядоченность, умело скрываемое чувство раздражения, стремление избежать любых конфликтов и выяснения отношений.

Бронхиальная астма (код МКБ-10: J45) – это хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов. Наиболее характерные признаки астмы – наличие приступов удушья (затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе), одышка, кашель [25].

Данное заболевание известно уже со времен Гиппократов. Из наиболее характерных черт личностного преморбидов отмечают эмоциональные трудности в контактах с людьми и алекситимия, а также аккуратность и обязательность. Ведущий психологический конфликт астматиков связан с общением с ключевыми фигурами жизни. Речь прежде всего идет о нарушении первоначальной связи мать – дитя. Это нарушение у маленького ребенка наблюдается в подавлении импульса плача, если мать реагирует на крик ребенка негативно, в результате позднее ребенку становится крайне сложно устанавливать доверительный словесный контакт с матерью. Затруднения в словесном общении (человек не может высказать того, что у него на душе), невозможность вербально выразить свои эмоции зачастую сопровождаются затрудненным дыханием и в конечном итоге переходят в

приступы удушья. С психоаналитической точки зрения приступ бронхиальной астмы – не что иное, как заторможенный «приступ плача», неудовлетворенное стремление к общению и задушевному разговору. Наиболее выраженные преморбидные личностные качества лиц с бронхиальной астмой – потребность в опеке, материнской ласке, мягкость, зависимость от лидера, капризность в сочетании с боязнью показаться слабым и зависимым.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка (код МКБ-10: K25–K26) – хроническое рецидивирующее заболевание, при котором нарушается регуляция питания и самовосстановления гастроуденальной зоны, характеризующееся возникновением пептической язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке. Язва – это дефект слизистой оболочки и расположенных под ней тканей вплоть до разрушения стенок органа. К преморбидным особенностям лиц с данным заболеванием относятся внешняя сдержанность, целеустремленность, уравновешенность, косность, ригидность, прямолинейность, формальное понимание долга, внутреннее напряжение, раздражение по поводу несоответствия ситуации собственному идеалу, неспособность получать удовольствие от жизни, завистливость и обидчивость. При конфликтах чаще возникают реакции гнева, раздражения.

Ведущий конфликт больного с расстройствами в данной области связан с неудовлетворенным желанием быть накормленным, которое согласно психоаналитической интерпретации тесно связано с желанием быть любимым, находиться в безопасности. Особенно выражено это можно заметить в младенчестве, когда кормление заменяют проявлением любви. Так формируется опыт активизации желудочно-кишечного тракта без пищевой ситуации и накапливается ригидный телесный опыт. В результате во взрослом состоянии возникает конфликт между потребностью найти опору в лице другого человека, потребностью

в помощи, признании и социальным стереотипом одобрения независимости, самостоятельности (блокада потребности в опеке и заботе). Как следствие, желание получить помощь от другого вызывает стыд или застенчивость, находя регрессивное удовлетворение в повышенной тяге к поглощению пищи. Эта тяга стимулирует секрецию желудка, а ее хроническое повышение может привести к образованию язвы у генетически предрасположенного к этому заболеванию индивида.

Таким образом, символическая трактовка язвенной болезни желудка (а отчасти и панкреатита) представляет собой соматизированные самообвинения, возникающие вследствие испытываемого человеком чувства вины и самонаказания в виде «переваривания» им самого себя («самоедство»).

Неспецифический язвенный колит (код МКБ-10: K51) – поражение толстого кишечника воспалительного или воспалительно-дистрофического характера [25]. Тяжелое соматическое заболевание с неясной этиологией, проявляющееся в кишечных кровотечениях, запорах, поносах. В преморбиде лиц, страдающих данным заболеванием, обнаруживаются мягкость с чертами повышенной тормозимости и выраженным «чувством неполноценности» в жизненных ситуациях, требующих решительных действий, опрятность, стремление к порядку, пунктуальность, застенчивость, склонность к навязчивостям. Причинными факторами данного заболевания Ф. Александер называет подавление деструктивных импульсов и нарушение или утрату ключевых взаимоотношений, сопровождаемых чувством безнадежности и отчаяния. У больных отмечаются подсознательные тенденции к зависимости, которые они пытаются компенсировать желанием отдать что-либо в обмен на желание получить. Однако им не хватает уверенности для реализации этих амбиций. Когда

они теряют надежду на достижение того, к чему стремятся, появляется нарушение кишечной деятельности.

Ревматоидный артрит (код МКБ-10: M05–M14) [25]. Артриты – это разнообразные по происхождению заболевания суставов, поражающие синовиальные (внутренние) оболочки, суставной хрящ, капсулу и другие суставные элементы. У людей с данным заболеванием Ф. Александер отмечает перманентное состояние «подавленной боевой готовности», что проявляется в бессознательном мускульном усилии. Таким образом, проявляющийся гипертонус мышц является отражением постоянной неотреагированной готовности к агрессивному действию, которой не дают реализоваться социальные запреты и социальный контроль (подавление стремления к нападению и расправе). Все это становится причиной поражения суставов: повреждается опорно-двигательный аппарат, готовый к атаке, но не используемый для нее. Иными словами, повреждения опорно-двигательного аппарата становятся отражением «пассивной раздраженности» жизненной ситуацией, которую человек, с одной стороны, не приемлет (что и служит причиной его раздражения), а с другой – не считает для себя возможным разрешить с помощью активных собственных действий. К этому обычно добавляется переживание отсутствия внешней поддержки и опоры либо ощущение буквально физического «давления» жизненных обстоятельств. В преморбиде таким людям свойственны терпимость, невзыскательность, старательность, добросовестность, забота об окружающих, нежелание беспокоить людей.

Нейродермит (код МКБ-10: L20) – невоспалительное заболевание кожи, связанное с патологией нервной системы [25]. Поскольку кожа, являясь границей между человеком и окружающей средой, выступает основным органом телесного контакта, то ведущий конфликт таких больных связан со стремлением к

физическому контакту, подавляемым сдержанностью самых близких людей – родителей. В преморбиде такие люди характеризуются ярко выраженной потребностью в физической ласке и опеке, чувством одиночества, мазохистскими наклонностями. В настоящее время диагноз «нейродермит» исключен из МКБ-10 и заменен диагнозом «атопический дерматит».

Тиреотоксикоз (гипертиреоз) (код МКБ-10: E05) – патологическое состояние организма, обусловленное повышенным содержанием в крови гормонов щитовидной железы [25]. Щитовидная железа – это орган, выделяющий секрет, который ускоряет обмен веществ, поэтому, как считает Ф. Александер, пациенты с тиреотоксикозом стремятся к скорейшему достижению зрелости. Он полагает, что у пациентов с тиреотоксикозом имеется глубинный страх (испуг, ужас) перед смертью без сколько-нибудь заметной тенденции к его преодолению. Было замечено, что в раннем возрасте у таких больных имела место психологическая травма, например потеря любимого человека, от которого они зависели. Поэтому после они пытались компенсировать импульс зависимости попытками раннего взросления, например, попытками опекать кого-либо вместо того, чтобы самим оставаться в зависимом положении. В психологическом профиле личности наиболее характерными чертами таких больных являются эгоцентризм, амбициозность, высокий уровень притязания.

Этиология и патогенез психосоматических заболеваний. Теорий, объясняющих этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, имеется довольно много. Однако ни одна из них не дает этому феномену исчерпывающего объяснения. Поэтому наиболее популярной сегодня считается концепция мультифакторного генеза психосоматических заболеваний, аккумулирующая в себе наиболее известные постулаты самых разнообразных теорий [31].

Так, вклад в теорию психосоматической специфичности составляют представления З. Фрейда о символической реализации вытесненных аффектов (конверсии) в виде клинических симптомов. Теория психодинамических механизмов генеза психосоматических нарушений предлагает рассматривать заболевание как результат нарушения у человека механизмов адаптации к среде. Согласно гипотезе специфичности Ф. Александера психосоматические заболевания возникают тогда, когда эмоции, не получая соответствующего выражения, создают условия для появления хронического напряжения, которое в дальнейшем выливается в сопутствующие хронические вегетативные сдвиги.

Психофизиологическая концепция развития соматических заболеваний, основанная на теории экспериментального невроза И. П. Павлова и кортико-висцеральной теории К. М. Быкова и И. Т. Курцина, предлагала считать, что соматические расстройства возникают в результате сверхсильной или длительной стимуляции нервной системы [5]. Пусковыми механизмами этому выступают факторы внешней и внутренней среды либо нарушения экстеро- и интероцептивной сигнализации, приводящие к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорке, что в итоге вызывает невроз или психоз. На основании обобщения данных были также сделаны заключения о том, что развитию психосоматических расстройств больше всего подвержены личности слабого либо сильного неуравновешенного типов нервной системы, а избирательность локализации болезненного процесса связана с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью.

Учение об общем адаптационном синдроме Г. Селье основывается на том, что реакция организма зависит от силы воздействующего фактора, времени воздействия и адаптационных воз-

возможностей организма. Как следствие, при невозможности достижения удовлетворительного приспособления формируется постоянное «отрицательное» эмоциональное возбуждение, которое в дальнейшем ведет к генерализации эффекта на мозговые структуры и висцеральные функции.

Концепция «персонального профиля личности» Ф. Данбар открыла возможности исследования личностных профилей психосоматических больных, поскольку в конкретных исследованиях ею было установлено, что больные, страдающие одним и тем же заболеванием, обладают сходными личностными особенностями.

И, наконец, в концепции алекситимии (буквально «без слов для чувств»), сформулированной П. Сифнеосом, был установлен комплекс характеристик, в большинстве случаев свойственных носителям психосоматических расстройств. Речь идет об утилитарном способе мышления, тенденциях к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта, но главным образом о трудностях в подборе подходящего слова для описания своих чувств.

Как результат, на основании обобщения данных можно сделать вывод о том, что в основе психосоматического заболевания лежит эмоциональное переживание, проявляющееся как в виде разнообразных функциональных изменений, так и в патологических нарушениях в органах. Патогенная роль отрицательных эмоций связана прежде всего с их адаптивной (сигнальной) функцией в регуляции поведения животных и человека: с помощью отрицательных эмоций субъект получает прямую возможность оценить смысл негативной ситуации сразу же. Это проявляется в выборе затем одного из двух типов ответа: бегства либо борьбы. Однако социальная организация человеческого общества такова, что отреагировать на ситуацию открытым бегством либо нападением является неприемлемым, что тем не менее не

останавливает действия физиологической мобилизации организма, выработанной в процессе эволюции. Стойкое повышение возбуждения, вегетативного и гуморального, в дальнейшем приводит к поражению какого-либо органа. «Выбор» поражаемого органа или системы связан с организмической предрасположенностью индивида и определяется его функциональным или морфологическим состоянием (по принципу поиска слабого звена). Слабым звеном может оказаться орган, подвергавшийся ранее инфекционной атаке или какому-нибудь иному травматическому воздействию. В результате его общей ослабленности требования, предъявляемые ему стрессом, становятся чрезмерными и появляется симптом, разряжающий внутреннее напряжение и создающий видимость гомеостаза.

На этом основании предупреждение психосоматических расстройств прежде всего должно быть связано с устранением их основной причины, а именно психических стрессоров (посредством устранения психотравмирующей ситуации в целом, когда ситуация либо меняется в желательном для человека направлении, либо он вообще уходит из этой ситуации) либо изменения отношения личности к этой ситуации, в случаях если личность не может из нее уйти (например, при гибели близких людей либо в случаях, когда трудности ухода сопряжены с преодолением моральных установок, чувства долга, ответственности).

В настоящее время выделяется два основных подхода к работе с психосоматическими расстройствами [30; 31]:

1. Психоцентрический подход, связанный с анализом и оценкой степени влияния на возникновение психосоматического заболевания психического стресса, психического статуса или других психологических характеристик пациента. Основной задачей психологической интервенции при этом является поддержание общей гармонии самочувствия в самом широком смысле этого слова.

2. Соматоцентрический подход, связанный с изучением нозогенных реакций, т. е. влияние течения болезни и клинических проявлений на субъективное восприятие пациентом своего заболевания (отношение к болезни, внутренняя картина болезни и т. д.).

Внутренняя картина болезни. Одна из основных проблем психосоматики – это реакция больного на свое заболевание. Наиболее глубокое изучение данной проблемы началось с работ немецкого врача А. Гольдштейдера (1926), описавшего ощущения и переживания больного по поводу своей болезни, которые он назвал «аутопластической картиной болезни». В отечественной медицине приоритет в постановке данной проблемы принадлежит Р. А. Лурии, предложившему термин «внутренняя картина болезни» в одноименной монографии «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания». Данный термин, несмотря на многочисленность иных обозначений субъективного отношения больного к своему заболеванию («переживание болезни» (Е. А. Шевалев, В. В. Ковалев), «чувство болезни» (Е. К. Краснушкин), «реакция на болезнь» (Д. Д. Федотов), «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» (В. Н. Мясищев, С. С. Либих) и др.), в отечественной медицине и клинической психологии является наиболее употребительным. В настоящее время под внутренней картиной болезни понимается субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь. В ее структуре В. В. Николаевой в 1987 г. было выделено несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

– чувственный – включает в себя всю совокупность болезненных ощущений;

- эмоциональный – связан с переживанием заболевания в целом, и его последствий в частности;
- интеллектуальный – отражает комплекс знаний о болезни и ее реальную оценку;
- мотивационный – подразумевает выработку определенного отношения к заболеванию, направленного на изменение образа жизни и актуализацию деятельности, ориентированной на выздоровление.

В конечном счете содержание внутренней картины болезни оформляется в модель заболевания в виде совокупности представлений больного о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет масштаб дальнейших переживаний и его поведение в целом. При этом модель болезни может расходиться с истинным положением дел со здоровьем в сторону переоценки значимости отдельных симптомов и болезни в целом (гипернозогнозия) или их преуменьшения (гипонозогнозия). Когда оценка больным своего состояния и перспектив совпадает с оценкой врача, говорят об адекватном типе реагирования (нормонозогнозия) [26].

Таким образом, внутренняя картина болезни отражает тот психологический смысл, который болезнь приобретает для каждого конкретного больного. Тем более что, выступая продуктом собственной активности больного, внутренняя картина болезни в своих более или менее развернутых формах формируется при любых заболеваниях. А поскольку лечить надо не болезнь, а больного, то совершенно очевидно, что ее изучение будет способствовать правильной диагностике и лечению заболеваний, нахождению адекватных путей социально-психологической реабилитации и реадaptации больного.

Анализируя все вышесказанное, становится все более очевидным, что психосоматические заболевания – это не только медицинская, но и социально-психологическая проблема. А это в свою очередь означает, что при работе с носителями психосоматических заболеваний наиболее эффективные способы лечения и профилактики могут быть найдены только в совместной работе врача и клинического психолога.

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Лекция 7. Психологическое консультирование, психологическая коррекция, психотерапия в системе клинической психологии

Понятие клинико-психологической интервенции. Понятие «интервенция» происходит от лат. *intervention* – вмешательство. И наиболее распространенным оно является в военной, политической, дипломатической и экономической сферах. При этом независимо от сферы употребления ему в большей степени присуща негативная окраска, поскольку оно подразумевает применение насилия и нарушение суверенитета объекта¹. И все же несмотря на это термин «интервенция» находит свою нишу и в области медицины и психологии.

Согласно медико-психологическим взглядам интервенция рассматривается с точки зрения используемых средств. В связи с чем выделяется четыре их вида: медикаментозные, хирургические, физические и психологические интервенции. Психологической интервенцией называют психологическое вмешательство в личностное пространство для стимулирования позитивных изменений, связанных прежде всего с ослаблением или устранением тех форм поведения, которые препятствуют адаптации. Они могут быть поделены на три большие группы с точки зрения тех больших прикладных сфер, к которым они примыкают (педагогическая психология, психология труда, клиническая психология): педагого-психологические, организационно-психологиче-

¹ Следует отметить, что в данном смысле слова все виды интервенций несовместимы с Уставом ООН и запрещены международным правом.

ские и клинико-психологические интервенции. Под клинико-психологической интервенцией при этом понимается любая процедура или методика, направленная на то, чтобы прерывать, вмешиваться либо изменять текущий процесс (например, неадаптивное поведение) [17, с. 391]. Более того, в настоящее время клинико-психологическая интервенция выступает одной из фундаментальных задач клинической психологии наряду с диагностикой.

Здесь же уместно отметить, что для советской и российской психологии термин «клинико-психологические интервенции» не является привычным. Говоря о воздействиях, осуществляемых по отношению к людям, столкнувшимся с житейскими проблемами или находящимся в кризисных ситуациях, личностям с соматическими и психическими заболеваниями, имеющим невротические, психосоматические расстройства, характерологические девиации и личностные аномалии, в отечественной психологии используют термин «психологическая помощь».

Психологическая помощь – это предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозоустойчивости. Сейчас в отечественной психологии приняты к использованию в равной степени оба термина: «клинико-психологическая интервенция» и «психологическая помощь».

В наиболее общем виде основными видами клинико-психологических интервенций являются психологическая коррекция,

психологическое консультирование, психотерапия, а также психологическая профилактика и реабилитация. Разумеется, это разделение весьма условно, поскольку все клинико-психологических интервенции тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Тем не менее каждый из них имеет и собственную зону приложения, поэтому необходимость их отдельного рассмотрения вполне целесообразна.

Общее представление о психологической коррекции. Понятие «психологическая коррекция» было введено в отечественную психологию в начале 70-х гг. XX в. как альтернатива термину «психотерапия», т. е. для разграничения полномочий врача и психолога. Поскольку последней имели право заниматься только врачи с высшим медицинским образованием, то внедрение термина «психологическая коррекция» позволило преодолеть это условие и предоставить возможность осуществлять целенаправленное психологическое воздействие, направленное на полноценное развитие и функционирование индивида, не только врачам, но и психологам.

В буквальном смысле термин «коррекция» означает «исправление» (лат. *correctus* – вносить исправления). Содержательно психологической коррекцией называют такую форму клинико-психологической интервенции, которая осуществляется в виде оказания направленного психологического воздействия на определенные психологические структуры личности с целью обеспечения ее полноценного развития и функционирования. При этом воздействие оказывается на основании теоретических представлений о нормах осуществления действия, содержания переживания, протекания познавательных процессов и других видах, откуда непреложно вытекает представление о цели психологической коррекции как оптимизации, исправлении и приведе-

нии психического состояния индивида к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий либо освоение им какой-либо деятельности.

Работа специалиста в рамках психокоррекционного процесса осуществляется в соответствии со следующей схемой: что есть, что должно быть, что надо сделать, чтобы стало, как должно быть. Таким образом, исходя из прикладных соображений можно говорить, что психокоррекция в большинстве своем направлена на переделку уже сформированных качеств личности. Это в свою очередь означает, что психокоррекция довольно тесно связана с диагностикой, поскольку на всем протяжении психокоррекционного процесса коррекционные технологии и приемы одновременно несут в себе функцию в том числе и диагностических технологий и приемов.

Специфическими чертами психокоррекционного процесса, отличающего его от психотерапии, являются:

- работа с клинически здоровыми людьми, в повседневной жизни которых возникли психологические трудности либо проблемы невротического характера, а также с людьми, ставящими перед собой цель саморазвития;
- направленность психокоррекционных действий на изменение поведения и развитие личности клиента;
- ориентация на здоровые стороны личности;
- работа с настоящим и будущим клиента;
- отсутствие навязывания клиенту определенных ценностей;
- среднесрочная помощь (в сравнении краткосрочной помощью (до 15 встреч) при консультировании и долгосрочной помощью (до нескольких лет) при психотерапии).

В качестве объектов психокоррекционного воздействия могут выступать не только личность, но и семья и группа. При этом

независимо от объекта в основу психокоррекционного процесса могут быть положены следующие пять стратегий его проведения:

1. Психологическая коррекция отдельных психических функций (познавательная сфера, аффективно-волевая сфера и др.) и компонентов психики либо психологическая коррекция личности.

2. Директивная и недирективная стратегии психологической коррекции.

3. Психологическая коррекция, направленная на индивида, либо сконцентрированная на семье.

4. Индивидуальная и групповая психологические коррекции.

5. Психологическая коррекция как компонент комплексного лечения нервно-психических заболеваний либо как самостоятельный метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

Ключевой формой психокоррекционного воздействия является организация активной деятельности клиента, в ходе которой создаются условия для формирования позитивных сдвигов в развитии его личности. Как правило, это происходит посредством планомерного выполнения специально разработанной программы разнообразных упражнений, направленных на совершенствование самосознания, поведения или профессиональной деятельности человека. Такая форма взаимодействия носит название тренинга (англ. *training* – воспитание, обучение, подготовка). И здесь уместно будет отметить, что при употреблении терминов «тренинг» и «психокоррекция» на сегодня чрезвычайно трудно определить, где проходит граница между ними. Более того, поскольку тренинг представляет собой совокупность активных методов практической психологии, которые используются не только для работы с психически здоровыми людьми, имеющими психологические проблемы, в целях оказания им по-

мощи в саморазвитии, то жесткое разграничение понятий «тренинг», «психологическая коррекция» и «психотерапия» в принципе представляется нарочитым и необъективным.

Общее представление о психологическом консультировании. Возникновение психологического консультирования как самостоятельной области психологической практики произошло в ответ на потребности людей, не имеющих клинических нарушений, но ищущих психологической помощи. Клиентами психологического консультирования, как правило, являются здоровые люди, предъявляющие проблемы самого широкого спектра: трудности на работе, неустроенность в семье, недостаток уверенности в себе и др. Решение заявленной проблемы в рамках психологического консультирования осуществляется посредством организации специфического взаимодействия между консультантом и клиентом, позволяющего последнему, планомерно изучая свои чувства, мысли и поведение, выйти на более ясное понимание себя, особенно в части своих сильных сторон и внутренних ресурсов. Таким образом, в наиболее широком смысле под психологическим консультированием понимают такой вид клинико-психологической интервенции, целью которого является проведение анализа психического состояния клиента с использованием различных методов психологической диагностики и предоставление ему объективных данных и научных интерпретаций этих результатов в соотнесении их с возможностями разрешения стоящих перед человеком общежитейских проблем, формирование новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем и вариантах их предотвращения, а также расширение его психологической культуры и личностного роста.

Этимологически слово «консультирование» происходит от лат. слова *consultation*, что означает «совещание». Поэтому не удивительно, что основным методом психологического консультирования является особым образом организованная беседа, реализуемая как в индивидуальной, так и в групповой формах (детско-родительские отношения, отношения в условиях производственных конфликтов и др.). Таким образом, психологическое консультирование – это диалог индивидуальностей, где консультант лишь создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента, а выбирает и действует последний по собственному усмотрению. Это особенно важно понимать, поскольку, приходя на консультирование, большинство клиентов надеются, что консультант сразу окажет им помощь в виде формулировки совета. Между тем главная цель консультирования акцентирует ответственность клиента, поскольку заключается в том, чтобы помочь клиенту понять, что именно он сам и есть тот человек, который должен актуализировать свои способности, чтобы решать, действовать и изменяться. Следовательно, эффективным процесс консультирования будет лишь в том случае, если он выполняется вместе с клиентом, а не вместо клиента. По мнению В. Стюарта, «консультирование – это не лечение. Это, скорее, предоставление возможности».

Выявление внутренних резервов клиента и устранение факторов, мешающих их использованию, осуществляется в ходе реализации следующих этапов:

- 1) установление контакта;
- 2) этап свободного рассказа, дающий возможность клиенту выговориться;
- 3) эмоциональная поддержка клиента и предоставление ему информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;
- 4) этап переформулировки проблемы совместно с клиентом;

5) заключение «контракта», под которым понимается обсуждение организационных аспектов и распределение ответственности консультанта и клиента, выявление и коррекция нереалистических ожиданий последнего;

6) формирование перечня возможных решений проблемы (первые 2–3 решения клиент должен сформулировать сам);

7) выбор оптимального, по мнению клиента, решения;

8) закрепление мотивации и планирование путей и способов реализации выбранного решения;

9) завершение консультирования.

Как и в случае с психологической коррекцией, между понятиями «психологическое консультирование» и «психотерапия» установить каких-либо четких границ невозможно. В большинстве случаев между ними подчеркивается скорее сходство, особенно в части используемых профессиональных навыков, применяемых процедур, организации процесса в форме взаимодействия специалиста с клиентом. Поэтому зачастую рассматриваемые понятия, особенно в зарубежной психологии, употребляют как синонимы. Что касается различий, то их можно обнаружить в следующих позициях:

— психологическое консультирование более направлено на профилактику и развитие, а психотерапия — на лечение и реабилитацию;

— консультирование предполагает работу с сознательным и заинтересованным клиентом и направлено на оказание помощи человеку в повышении его психологической компетентности и улучшении на этой основе качества его жизни, в отличие от психотерапии, целью которой выступают более глубокие личностные изменения (работа идет с бессознательными и иррациональными сторонами жизни индивида);

- ведущим приемом психологического консультирования является информирование, которое по продолжительности может быть краткосрочным, т. е. ограничиваться 1–5 сеансами; психотерапия более ориентирована на задачи коррекции;

- планируемые изменения в психологическом консультировании происходят по его окончании, в психотерапии – в ее процессе, при этом в консультировании изменения происходят без сопровождения консультанта, в психотерапии – с сопровождением психотерапевта;

- в рамках консультирования специалист сталкивается с самым широким спектром проблем, тогда как психотерапевт обычно специализируется в какой-то определенной проблемной области и чаще всего ограничен рамками определенной терапевтической школы, в отличие от консультанта, который может интегрировать в своей работе техники, предлагаемые самыми различными школами. Разумеется, именно теория позволяет специалисту формулировать гипотезы, понимать самому и разъяснять клиенту сущность обсуждаемых проблем и моделировать способы ее разрешения. В то же время жесткого следования принципам только одной какой-либо теории консультанты чаще всего не придерживаются даже несмотря на то, что зачастую теории довольно серьезно расходятся в понимании ключевых целей психологического консультирования.

Из сказанного следует, что психологическое консультирование – это сложный процесс, протекание которого зависит от компетентности консультанта в части применяемых воздействий и ответственности клиента в части определения и выбора решений.

Общее представление о психотерапии. Этимологически термин «психотерапия» происходит от греч. слов *psyche* – душа и *therapeia* – лечение и имеет два варианта дословного перевода: «лечение души» и «излечение душой» [10]. Примечательно, что

единое мнение о границах, формах и методах, а также общепризнанное определение данного вида клинико-психологической интервенции отсутствует и сейчас. При том что свою историю, как и любая другая научная область, психотерапия также имеет.

Так, в общее употребление термин «психотерапия» был введен в 1872 г. Д. Н. Тьюком в качестве названия главы в книге «Иллюстрации влияния разума на тело». Однако широкую популярность он получает ближе к концу XIX в. в связи с именами таких специалистов, как И. Бернгейм, Ч. Бодуэн, Л. Левенфельд, П. Ю. Мебиус, а также отечественных врачей В. А. Манасеина, С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, С. С. Корсакова, В. М. Бехтерева и др.

Следует отметить, что развитие психотерапии – сложный и многогранный процесс, включенный составной частью в развитие как мировой психологии, так и медицины. В конечном счете в 1985 г. в России психотерапия была даже выделена в самостоятельную медицинскую специальность, а в 1990 г. Европейской ассоциацией в Страсбурге была закреплена Декларация по психотерапии, закрепившая за ней статус отдельной самостоятельной профессии, которой при условии соответствующего образования может заниматься и не врач. После этого российские психотерапевты и часть медицинских психологов объединились в Российскую Психотерапевтическую Ассоциацию (в 1994 г. состоялся первый учредительный съезд Российской психотерапевтической ассоциации, а в 1995 г. был утвержден ее Устав), а в 1996 г. была образована Профессиональная Психотерапевтическая Лига, вошедшая затем в Европейскую Ассоциацию Психотерапии. Таким образом, сегодня психотерапия уверенно заявляет о себе как «новая наука о человеке», а в литературе насчитывается более полусотни ее определений.

Как результат, в отечественной науке психотерапия рассматривается как «комплексное лечебное воздействие на психику

больного, использующее его эмоциональные реакции, когнитивные, интеллектуальные, волевые возможности, условно-рефлекторные связи, а в результате – на весь организм с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к своему заболеванию, своей личности и окружающей среде [20, с. 227]. Таким образом, согласно отечественной традиции психотерапия выступает методом лечения и входит в компетенцию медицины, тогда как за рубежом акцент в большей степени смещается в сторону ее психологических аспектов. В то же время, несмотря на различия в подходах, нетрудно заметить, что их объединяет общая ключевая идея, формулируемая в виде основной цели психотерапии в самом широком смысле. Речь идет о стремлении помочь развитию личности путем снятия ограничений, запретов и комплексов. В связи с этим наиболее целесообразным и непротиворечивым, объединяющим оба подхода, представляется определение психотерапии, данное С. Кратохвилем: «психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами» [10, с. 15].

Следует отметить, что область применения психотерапии довольно широка. В этом смысле психотерапию условно принято разделять на клинически-ориентированную, направленную на смягчение и ликвидацию имеющейся симптоматики, и личностно-ориентированную, связанную с изменением отношения человека к социальному окружению и к собственной личности. Считается, что наиболее эффективной психотерапия признается в отношении работы с невротическими состояниями и другими пограничными расстройствами психогенной этиологии, некоторыми формами психосоматических нарушений, реакциями дезадаптации, кризисными состояниями, личностными нарушениями

ями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости и др.

В наиболее общем виде показания к психотерапии детерминированы ролью психологических факторов в этиопатогенезе заболевания (чем более выражена психогенная природа заболевания, тем более показана психотерапия), возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания (вторичная невротизация, реакция личности на болезнь, психологические и социально-психологические последствия, возможная динамическая трансформация личностных особенностей), индивидуально-психологическими особенностями пациента, прежде всего его мотивация к участию в психотерапевтической работе.

Современные исследователи выделяют в психотерапии следующие общие задачи:

- исследование психологических проблем клиентов и оказание помощи в их решении;
- улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми;
- развитие самосознания и самоисследование пациентов для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений;
- содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

Таким образом, в самом широком смысле главная цель любой психотерапии заключается в том, чтобы помочь человеку

внести в свою жизнь необходимые изменения, тогда как содержание психотерапевтического процесса, его стратегия, тактика и степень структурированности обусловлены теоретической концепцией, которой придерживается специалист.

Лекция 8. Психологическая реабилитация, психогигиена и психопрофилактика в системе клинической психологии

В современных условиях в деятельности клинического психолога особое значение приобретает работа, направленная на сохранение и укрепление психического здоровья, предотвращение нервно-психических и психосоматических заболеваний, облегчение острых психотравматических реакций (психогений), что нашло свое отражение в оформлении и дальнейшем развитии таких областей клинической психологии, как психогигиена, психопрофилактика и психологическая реабилитация.

Общие представления о психогигиене. Термин «психогигиена» происходит от греч. слов *psyche* – душа, *hygieinos* – «приносящий здоровье, целительный» и означает систему специальных мероприятий, задача которых сводится к формированию, сохранению и укреплению психического здоровья человека. Эта прикладная область имеет междисциплинарный характер, являясь частью общей гигиены и психологии здоровья.

Своим оформлением она обязана американскому исследователю К. У. Бирсу, написавшему в 1908 г. после двух лет пребывания в психиатрическом стационаре книгу «Разум, нашедший себя». В 1909 г. в США был создан Национальный комитет психической гигиены, основу которого составляли три цели: предупреждение нервно-психических заболеваний у здоровых людей, создание наиболее благоприятных условий жизни для предрасположенных и

организация лечения для людей, уже заболевших. В 1910 г. на специальной конференции американскими и канадскими психиатрами было принято решение о создании международной ассоциации по психогигиене. Постепенно психогигиенические общества стали открываться в Канаде, Франции и других странах.

В России зарождение психогигиены связывают с 1887 г., когда на первом съезде отечественных невропатологов и психиатров ведущие психиатры того времени И. П. Мержеевский, С. С. Корсаков, И. А. Сикорский выступили с идеями и программами предупреждения психических и нервных заболеваний. Особую значимость в этом отношении приобрел доклад И. П. Мержеевского «Об условиях, благоприятствующих развитию душевных и нервных болезней в России, и о мерах, направленных к их уменьшению». А в 1901 г. в Петербурге А. С. Мендельсон стал читать курс по профилактике душевных болезней.

Таким образом, уже со времени своего зарождения психогигиена была тесно связана с психопрофилактикой. Но если последняя больше нацелена именно на предупреждение психических расстройств, то цель психогигиены связана с разработкой системы мероприятий, в основе которых лежит формирование, поддержание и укрепление психического и психологического здоровья. В ее задачу входит установление условий, необходимых для поддержания психического и психологического здоровья, а также максимальное устранение факторов, негативно на них влияющих. Таким образом, в содержательном плане психогигиена представляет собой два самостоятельных и одновременно дополняющих друг друга направления работы. Первое связано с созданием необходимых для поддержания психического и психологического здоровья условий, к которым относят: наличие чувства защищенности, наличие смысла жизни, обеспе-

чение уважения и самоуважения, обеспечение соответствия психических нагрузок уровню индивидуальной переносимости, обеспечение необходимости и возможности устранения эмоциональной напряженности.

Второе направление предполагает работу с тремя группами факторов, способных оказать негативное влияние на психическое и психологическое здоровье: предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы. Предрасполагающими являются такие факторы, которые усиливают восприимчивость человека к психическому заболеванию и повышают вероятность его развития при воздействии провоцирующих факторов. Они могут быть генетически, биологически, психологически и социально обусловленными. К провоцирующим факторам относятся разного рода физические, психологические и социальные условия, которые способствуют возникновению и развитию заболевания. От воздействия поддерживающих факторов зависит длительность заболевания после его начала.

Таким образом, в самом широком смысле сущность психогигиены сводится к формированию у людей потребности в здоровом образе жизни, под которым понимается поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на достижение физического и психического комфорта, укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил, обеспечение высокого уровня трудоспособности, активное долголетие [20, с. 204].

Получается, что охрана здорового образа жизни охватывает фактически все стороны жизнедеятельности человека. В связи с этим в психогигиене были выделены следующие разделы: возрастная психогигиена, психогигиена труда и обучения, психогигиена быта, психогигиена семьи и половой жизни, психогигиена

коллективной жизни, психогигиена при оказании медицинской помощи и др.

Разумеется, выступая одним из видов клинико-психологической интервенции, психогигиена тесно связана не только с профилактикой и реабилитацией, но и с психокоррекцией, психологическим консультированием и психотерапией. В сущности, все они для устранения отклонений в психической деятельности и гармонизации личности используют одинаковые приемы и методы, т. е. многие процедуры не просто пересекаются, но и являются идентичными. Не случайно к специалистам в области психогигиены, по крайней мере на Западе, относят не только работников государственных и общественных социальных служб (консультанты в кризисных центрах, службах семьи, центрах реабилитации и пр.), но и психоаналитиков.

Общие представления о психопрофилактике. Психопрофилактика (греч. *psyche* – душа, *prophylaktikas* – предохранение) – это система мероприятий в рамках клинической психологии, цель которых изучение причин, способствующих возникновению психических заболеваний и нарушений, их своевременное выявление и устранение [13; 20].

Задачи профилактики в целом (т. е. независимо от вида заболевания) связаны со следующим:

- предотвращение действия на организм болезнетворных факторов;
- предупреждение развития заболевания путем раннего диагностирования и лечения;
- осуществление предупредительного лечения и проведение мероприятий по предотвращению рецидивов заболеваний и перехода их в хронические формы.

Все психопрофилактические мероприятия принято делить на три уровня. В зависимости от того, насколько здоров человек, выделяется первичная, вторичная и третичная психопрофилактика.

Первичная профилактика – это система мероприятий, ориентированная на предупреждение психогенных и психосоматических заболеваний. Предметное поле первичной профилактики включает в себя следующие проблемные области:

- охрана психического здоровья нынешнего и будущего поколений;
- вопросы повышения устойчивости психики к вредным воздействиям;
- предупреждение эндогенных психических и психосоматических заболеваний;
- предупреждение психических нарушений при органической патологии головного мозга и соматических заболеваниях;
- предупреждение пограничных психических расстройств;
- оздоровление женщины, гигиена брака и зачатия, охрана матери от возможных вредных влияний на плод и организация родовспоможения;
- вопросы раннего выявления пороков развития у новорожденных и своевременное применение специальных коррекционных методов на всех этапах развития.

Следует отметить, что в самом широком смысле характер мероприятий первичной профилактики практически идентичен целям психогигиены.

Вторичная профилактика – это система мероприятий, ориентированная на работу с уже начавшимся психическим или иным заболеванием в целях предупреждения опасного для жизни или неблагоприятного течения этого заболевания. Речь прежде всего идет о предупреждении неблагоприятного течения

(хронификации) заболевания и устранении выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (таких как снижение защитных сил организма, переутомление, дополнительные психотравмирующие ситуации) ведут к обострению или рецидиву заболевания либо к возникновению расстройств, опасных для жизни и здоровья больного либо окружающих его людей (суицидальные, агрессивные тенденции). В содержательном плане вторичная психопрофилактика реализуется через раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни человека состояний, своевременное начало лечения с применением методов коррекции, ориентированных на достижение наиболее полной ремиссии, организацию длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

Третичная психопрофилактика – это система мероприятий по предупреждению формирования негативных психических расстройств и инвалидизации при хронических психических заболеваниях. Целью мероприятий третичной психопрофилактики в самом широком смысле является реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Своих целей психопрофилактическая помощь достигает через воспитание психологической грамотности населения, просветительскую работу по методам профилактики стресса и обучение общедоступным методам его преодоления. В практическом плане психопрофилактические мероприятия осуществляются с применением разнообразных методов, как-то методы оздоровления на основе искусства и творчества, ментальные упражнения, трансовые методы, библиотерапия, ведение дневника, методы биологической обратной связи и другие общие с психотерапией и психокоррекцией методы.

Общее представление о психологической реабилитации и ее видах. Реабилитацию (лат. *re* – вновь, *habilis* – удобный,

приспособленный) принято рассматривать, с одной стороны, как часть психопрофилактики (третичная психопрофилактика), с другой – как самостоятельный вид клинико-психологической интервенции, представляющий собой процесс восстановления статуса человека с ограниченными возможностями в бытовой, общественной, профессиональной деятельности. Акцент при этом делается не только на нарушенных возможностях человека, но и на взаимосвязях, которые нарушаются между ним и обществом. Таким образом, итогом реабилитации в самом широком смысле выступает достигнутый уровень, объем, масштаб независимой жизнедеятельности человека.

В историческом контексте зарождение реабилитации связывают с практикой проведения медицинских мероприятий, направленных на оказание помощи людям с неизбежными или неизлечимыми формами заболеваний. Концепция психологической реабилитации обязана своим появлением работам из области физической медицины, проводимым в середине 20-х гг. XX в. в клинике Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством М. М. Кабанова.

Так, М. М. Кабановым было установлено, что успех реабилитации во многом зависит от того, насколько адекватно будут учтены функции и способности, сохранившиеся у реабилитируемого человека, его личностные особенности и отношение к болезни [9]. Поэтому сущность реабилитации он видел в реализации двух направлений работы с человеком: во-первых, использование сохранившихся психических способностей и функций; во-вторых, восстановление поврежденных или утраченных функций путем их тренировки.

Процесс психологической реабилитации включает в себя следующие этапы:

1. Оценка психологического реабилитационного потенциала.

2. Оценка условий и определение организационных особенностей проведения реабилитационных мероприятий.

3. Определение целевых установок и задач психологической реабилитации.

4. Определение средств и методов реабилитации.

5. Составление плана проведения реабилитационных мероприятий с указанием срока и места их реализации, а также используемых при этом методик и методических приемов.

6. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий и подведение ее итогов.

Разумеется, составление реабилитационной программы происходит строго индивидуально под каждого конкретного больного и исходит из опоры на следующие принципы:

- принцип единства биологических и психосоциальных методов воздействия;
- принцип разносторонности (разноплановости) усилий и воздействий для реализации реабилитационной программы;
- принцип партнерства;
- принцип реабилитации в собственном (прямом) смысле этого слова.

Кроме того, непременным условием реализации реабилитации является и учет ее уровней: медицинского, профессионального, социального и психологического. В основе медицинской реабилитации лежит восстановительная терапия, целью которой является выздоровление либо максимальное улучшение состояния больного, а также возможное предупреждение дефекта и восстановление его трудоспособности. Уровень профессиональной реабилитации связан с разработкой системы мероприятий по возврату больного к прежней либо к менее сложной трудовой деятельности. Под социальной реабилитацией понимают систему

мероприятий по созданию необходимых условий жизни и быта, которые способствуют восстановлению общественного положения больного (прежде всего, восстановление межличностных контактов с окружающими). На психологическом уровне реабилитации реализуются мероприятия, направленные на профилактику и лечение психических нарушений, формирование у пациента сознательного и активного участия в реабилитационном процессе, оформление внутренней картины здоровья.

При этом реабилитация может осуществляться как в индивидуальной, так и в групповой форме с использованием по большому счету тех же самых методов и приемов из числа применяемых в иных видах клинико-психологической интервенции.

Лекция 9. Методические аспекты клинико-психологических интервенций

С развитием клинической психологии существенно возрастает потребность в систематике используемого ею арсенала методов. В настоящее время практике известно свыше полусотни различных методов, не считая приемов и техник. Вместе с тем более пристальный анализ видов клинико-психологических интервенций обнаруживает настолько очевидное их сходство что любые попытки как-либо категорически разделить их, выглядят искусственно и неубедительно. Дело в том, что все они вместе и каждый из них по отдельности представляют собой целенаправленное психологическое воздействие, осуществляемое психологическими средствами и направленное на решение общих для них задач профилактики, лечения и реабилитации. Поэтому основное их отличие друг от друга можно обнаружить на уровне стратегий поведения, включающих в себя выбор мишени психологического воздействия и характер взаимодействия с клиентом,

избираемых специалистом в зависимости от его теоретической ориентации (психоаналитическая, поведенческая или гуманистическая психология). При этом в силу того, что наиболее древним по сравнению с другими и к тому же международным является термин «психотерапия», чаще говорят именно о психотерапевтических направлениях в самом широком смысле этого слова.

Психоаналитическое направление. У истоков психодинамического направления стоял З. Фрейд. В рамках данного подхода психотерапевт ориентируется на то, что в основе поведения человека лежат инстинктивные импульсы, подавление которых дает возможность избежать болезненных чувств, переживаний неприятных мыслей. В результате невроз и личностные расстройства понимаются как следствие конфликта между сознанием и бессознательным. В связи с этим задача психотерапевта заключается в исследовании настоящего события в контексте прошлого (перевод в сознание бессознательных тенденций) с целью изменения «организующих» систем клиентского поведения таким образом, чтобы в будущем информация и опыт организовались по-другому. При этом процедура строится так, чтобы способствовать проявлениям бессознательного. Отсюда ключевыми понятиями психоаналитического подхода в его прикладном понимании являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление: через вербализацию проявляющихся свободных ассоциаций клиента специалист анализирует и интерпретирует реакции переноса и сопротивления.

Помимо классического подхода, сформулированного З. Фрейдом, к представителям психодинамического направления также относят А. Адлера (индивидуальная психология), К. Хорни (характерологический анализ), Г. С. Салливана (интерперсональная тера-

пия), М. Кляйн (Эго-анализ), К. Г. Юнга (аналитическая психология) и др. На основе работ классиков психоанализа были созданы такие психотерапевтические техники, как:

- кататимно-имагинативная психотерапия (греч. *kata* – вниз, *thymos* – чувство; другие названия – символ-драма, катативное переживание образов, предложена Х. Лейнером) – методика краткосрочной глубинно-ориентированной психотерапии, основанной на свободном фантазировании, представлении образов на определенную тему в соответствии с личностными проблемами, характером аффективных расстройств человека; наибольшую эффективность показывает при работе с невротическими и неврозоподобными состояниями, расстройствами эмоциональной сферы, нарушениями адаптационных возможностей;

- импассивно-приоритетная терапия – психотерапевтический метод, основанный на индивидуальной психотерапии А. Адлера и представляющий собой повторные проработки (репетиции) раннего периода детства, так называемого периода детской социализации;

- трансактный анализ (предложен Э. Берном) – психоаналитически-ориентированный метод психотерапии, направленный на освобождение пациента от зависимостей, приобретенных в детстве и заставляющих его играть в те игры, которые предназначены для извлечения психологических выгод и подкрепляют позиции «ребенка» или «родителя» и др.

Отдельную группу психотерапевтических методов, также имеющую в своей основе психоаналитические традиции, составляет телесно-ориентированная терапия – группа методов психотерапии, использующих в терапевтических целях физические, телесные особенности пациента. Основоположником телесно-ориентированной терапии считают В. Райха, полагавшего, что обеспечение нормального психологического самочувствия напрямую

зависит от телесного комфорта, аналогично тому, как стрессовая ситуация воздействует на тело человека, сказываясь на его движении, дыхании, мышечном напряжении, общем тонусе. Поэтому расслабление мышечного каркаса он закладывает в основу получения полноценного отдыха и восстановления сил. Набор техник телесно-ориентированной психотерапии довольно обширен и соотносится с весьма широким диапазоном проблемных ситуаций. В их число входят:

- вегетореапия – вариант телесно-ориентированной терапии, предложенный В. Райхом, направленный на высвобождение сдержанной, застоявшейся энергии (ропуск мышечных панцирей) в целях облегчения душевных страданий;

- биоэнергетика (предложена А. Лоуэном) – вариант телесно-ориентированной терапии, основанный на возвращении человека к его первичной природе, к состоянию искреннего удовольствия, свободы телодвижений, раскрепощению тела, включению в жизнь;

- методика Ф. Александера – вариант телесно-ориентированной терапии, основанный на обучении людей, неправильно и неэффективно пользующихся своим телом, владеть им в совершенстве через достижение уравновешенного отношения между головой и позвоночником;

- методика М. Фельденкрайса – вариант телесно-ориентированной терапии, основанный на формировании здоровых привычек, расширении самосознания, повышении самооценки и внутреннего потенциала, осознании собственных движений;

- биосинтез (предложен Д. Боаделла) – телесно-ориентированная психотерапия, цель которой устранить дезинтеграцию сфер ощущения, мышления и эмоций, возникшую в результате внутриутробного или родового стресса или травмы более позднего возраста и др.

Не менее популярной технологией, также разработанной в традициях психоаналитического направления, является арт-терапия (терапия искусством), реализуемая в следующих содержательных формах:

- библиотерапия – методика лечебного чтения произведений художественной литературы, подбираемой специалистом на основе максимального сходства ситуации клиента с ситуацией, описанной в книге, ориентированная на сопереживание героям произведения;

- изотерапия – методика лечебного воздействия средствами изобразительного искусства (рисование, лепка, декоративно-прикладное искусство и т. д.);

- драматотерапия – техника психотерапии, ориентированная на внутреннюю реальность пациента, представленную в символической форме – в воображаемых историях, импровизациях, театральных инсценировках, картинах, движениях, различных звуках;

- музыкотерапия – психотерапия, направленная на эмоциональное активирование, регулировку психовегетативных процессов, повышение эстетических потребностей, достижение катарсиса, осознание и выражение собственных переживаний, конфронтации с жизненными проблемами средствами музыки;

- танцевальная терапия – вариант групповой двигательной терапии, при котором пациенты учатся осознавать особенности собственного тела, возможности его использования, развивают навыки социального общения и группового опыта, стимулируемого опытом общения в танце. Танцевальная терапия объединяет в себе работу с телом, движениями и эмоциями;

- песочная терапия – психотерапевтическая форма, при которой акцент делается на творческом самовыражении клиента с це-

лью реагирования на бессознательно-символическом уровне внутреннего напряжения и поиска путей развития путем создания творческого продукта – композиции из фигурок, построенной на специальном подносе (ящике) с песком, и др.

В настоящее время считается, что арт-терапия дает хороший эффект практически при любых проблемах.

Поведенческое направление. Поведенческая психотерапия возникла в конце 50-х гг. прошлого века на основе принципов бихевиоризма. Для представителей поведенческого направления личность есть поведение. При таких условиях психическое расстройство выступает как неадаптивное поведение, возникающее в результате неправильного научения. В связи с этим ведущей целью клинико-психологических интервенций в рамках поведенческого направления выступает переучивание или обучение новым, адаптивным способам поведения, создающее возможность замены неадекватных форм поведения на адекватные.

Наиболее активно поведенческая терапия применяется по отношению к людям с тревожными состояниями, прежде всего фобическими расстройствами, сексуальными нарушениями (импотенция, вагинизм и др.), межличностными и супружескими проблемами (тренинг социальных умений, тренинг утвердительного поведения и др.), хроническими психическими расстройствами (при том что при острых психических расстройствах поведенческая психотерапия неэффективна), в детской психопатологии (нарушения поведения, агрессивность, делинквентность, аутизм, энурез и др.).

Вместе с тем со временем было установлено, что проблемы пациентов гораздо сложнее, чтобы с ними было возможно справиться посредством техник, основанных на механизмах классического (И. П. Павлов) и оперантного (Б. Ф. Скиннер) научения.

Так была установлена важность когнитивных процессов в регуляции поведения. В связи с этим акцент клинико-психологических интервенций был смещен на научение пациента позитивному поведению, активацию ресурсов личности и ее окружения. Мишенью когнитивной терапии стали неадаптивные мысли и другие образы воображения, поскольку под психическими расстройствами ею понимается патологическое поведение, опосредованное когнитивными структурами и актуальными когнитивными процессами, приобретенными в прошлом. Иными словами, представители данного направления полагают, что специфические нарушения эмоций и поведения зачастую зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении.

Оформление и распространение когнитивной терапии связывается с именем Дж. Келли, который полагал, что в основе неврозов лежит неадаптивное мышление и потому все проблемы лежат совсем не в прошлом, а в настоящем, вернее, в настоящих способах мышления. В связи с этим задачей психотерапевта становится выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления. Психотерапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам формулирования своего опыта. К представителям когнитивно-поведенческого направления относят также Дж. Вольпе (десенсибилизация), А. Бека (когнитивная психотерапия), А. Эллиса (рационально-эмоциональная психотерапия) и др.

Наиболее активно вмешательство когнитивно-поведенческого характера применяется в работе с невротическими и психосоматическими расстройствами, аддиктивным и агрессивным поведением, нервной анорексией, что происходит посредством реализации следующих техник:

- методика систематической десенсибилизации (предложена Дж. Вольпе), погружающая человека в реальную либо воображаемую ситуацию, вызывающую страх и служащая целям снижения эмоциональной восприимчивости по отношению к определенным ситуациям. В результате постепенно происходит затухание патологического реагирования на ситуацию;

- метод парадоксальной интенции (предложен А. Франклем) направлен на изменение отношений человека к фобиям за счет парадоксального доведения ситуации до абсурда;

- метод авersiveивной психотерапии или вызванного отвращения (лат. *aversio* – отвращение) направлен на вызывание у человека негативной реакции в ответ на употребление запретного средства. Как правило, авersiveивные стимулы либо сочетаются с нежелательными формами поведения, либо упреждаются успешным выполнением задания. Чаще всего используется для избавления от вредных привычек и зависимостей;

- биологически обратная связь (греч. *bio* – жизнь и *logos* – учение) – метод психотерапии, основанный на принципах саморегулирования различных функций с использованием систем внешней обратной связи. Применение данного метода хорошо зарекомендовало себя при лечении целого ряда психосоматических заболеваний, в работе с людьми, находящимися в тревожном состоянии, а также нуждающимися в коррекции психоэмоционального напряжения;

- метод рациональной психотерапии (предложен в 1912 г. П. Дюбуа) представляет собой психотерапевтическое убеждение клиента путем использования логической аргументации с целью изменения неадекватных установок и оценок больным своего заболевания; эффективен при психогенных реакциях, неврозах;

- нейролингвистическое программирование (НЛП, греч. *neuron* – нерв, лат. *lingua* – язык, греч. *programma* – предписание,

последовательность; предложено Р. Бендлером, Дж. Гриндером) – эклектическая форма психотерапии, объединяющая ряд методических приемов, позволяющих человеку посредством слова программировать себя или другого индивидуума и затем при необходимости изменять эти программы;

- суггестивные техники (классический и неклассический, например эриксоновский, гипноз и др.) – форма психотерапии, в рамках которой специалист апеллирует к неосознаваемым переживаниям клиента, минуя цензуру сознания;

- методы релаксации и саморегуляции – психотерапевтические техники, направленные на инициацию процесса самоуправления, самовоздействия субъекта на свое функциональное состояние и поведение. К ним относятся: формирование начальных навыков самоконтроля дыхания; методы управления тонусом скелетной мускулатуры (метод прогрессивной релаксации Э. Джекобсона); аутогенная тренировка И. Г. Шульца и ее разнообразные вариации; методика управляемой саморегуляции «Ключ» Х. М. Алиева, медитации и др.

Гуманистический подход. Экзистенциально-гуманистический (лат. *existentia* – существование, *humanus* – человеческий, человеколюбивый) подход мировой психотерапии ставит превыше всего свободное развитие личности, уникальность внутреннего мира отдельного человека, «свободную волю» и ответственность в процессе психотерапии. Представители данного подхода полагают, что поведение человека детерминируется личным восприятием реальности в каждый момент жизни, а также потребностью в самореализации и самоактуализации. Они склонны видеть человека прирожденно активным, борющимся, самоутверждающимся, способным к позитивному росту. Как результат, невроз в русле данного подхода является следствием невозможности или блокировки по-

требности в самоактуализации, как правило, по причине недостаточного самопонимания, недостаточной целостности «Я». В связи с этим целью психотерапевтических воздействий становится оказание помощи клиенту в восстановлении своего личностного роста, для чего специалистом создаются специальные условия в виде безусловного принятия и поддержки клиента, направленные на вызов у него инсайта (англ. *insight* – проникновение внутрь), способствующего осознанию, самопринятию и выражению текущих чувств и восприятий. Ответственность за результат (за выбор своего образа мыслей и поведения) при этом лежит полностью на клиенте. В инструментальном плане гуманистический подход включает в себя:

- гештальт-терапию (предложена Ф. Перлсом) – психотерапевтическое направление, ориентированное на личностный рост: изменение структуры потребностей личности, снятие невротических механизмов взаимодействия со средой, интегрирование частей личности и достижение личностью зрелости;
- дизайн-анализ (предложен Л. Бинсвангером) – психотерапевтическое направление, основанное на философии М. Хайдеггера, главной задачей которого является понимание, истолкование и интерпретация жизни, ее смысла, ценности;
- клиент-центрированную терапию (предложена К. Роджерсом) – техника гуманистической терапии, в которой психотерапевт создает для клиента оптимальную обстановку для формулирования актуальных проблем и поиска им вариантов решения;
- логотерапию (предложена В. Франклом) – метод психотерапии, основанный на положениях экзистенциального анализа, целью которого является обретение клиентом смысла жизни вновь и др.

В отечественной психотерапии в последние годы в числе наиболее распространенных психотерапевтических технологий выделяют психогенетическую психотерапию В. Н. Мясничева,

лично-ориентированную психотерапию (Б. Д. Карвасарский), суггестивную психотерапию, поведенческую психотерапию, эмоционально-стрессовую психотерапию (В. Е. Рожнов).

Таким образом, становится очевидно, что количество психотерапевтических методов весьма обширно и неуклонно растет. Это касается не только методов, соответствующих основным психотерапевтическим направлениям, но и их промежуточных форм. В связи с этим неудивительно, что в психотерапии набирает обороты синтетический подход, интегрирующий в себе разнообразные методы целостного воздействия на клиента как биологического, социального, психического и духовного существа. В наиболее общем виде деятельность специалиста при таком подходе заключается в создании компенсаторных условий для максимально тонченного и полного самовыражения, самоосуществления личности клиента в собственно человеческих, символических, культурных аспектах индивидуального и надиндивидуального бытия. Это в свою очередь предъявляет и новые требования к компетентности специалиста, поскольку в каждой конкретной ситуации специалист-психолог разрабатывает индивидуальную тактику работы с клиентом, включая целый набор техник и методик, которые должны не просто подходить конкретному клиенту, но и сочетаться друг с другом (тем более, если они взяты из разных направлений). Только в этом случае психотерапия будет эффективно способствовать наступлению в клинической картине клиента изменений и его адаптации к ним по всем трем плоскостям (соматической, психологической и социальной).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время клиническая психология – это одна из наиболее интенсивно развивающихся психологических отраслей, поскольку, как свидетельствует статистика, число лиц, страдающих различными недугами (психическими, невротическими, психосоматическими) либо нуждающихся в психологической помощи в силу своей социальной, профессиональной, бытовой неустроенности и бесперспективности, неуклонно растет.

Несмотря на то, что клиническая психология является довольно молодой психологической специальностью, в психологических ассоциациях различных стран мира более 60 % составляют именно клинические психологи. Таким образом, она является признанной и высоко ценимой во всем мире областью профессиональной деятельности психологов, связанной с решением широкого круга социально значимых задач, начиная от проблем, связанных с болезнями и болеющей личностью, и заканчивая профилактикой психических расстройств, сохранением и укреплением психического здоровья граждан, продлением их жизни и улучшением ее качества.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 398 с.
2. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М. : изд-во Московского психолого-социального института ; Воронеж : изд-во НПО «МОДЭК», 2002. – 512 с.
3. Блейхер, В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – Киев : Здоров'я. 1986. – 279 с.
4. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 304 с.
5. Быков, К. Кортиковисцеральная патология / К. Быков, И. Т. Курцин – М. : Государственное изд-во медицинской литературы, 1960. – 576 с.
6. Гайдамашко, И. В. Психологическое здоровье человека : учебное пособие / И. В. Гайдамашко, С. Л. Кандыбович ; Московский гос. технический ун-т радиотехники, электроники и автоматики. – М. : Альтекс, 2014. – 283 с.
7. Ганнушкин, П. Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Психиатрия. – 2003. – № 1 (57). – С. 61–66.
8. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебное пособие / Б. В. Зейгарник. – 3-е изд., доп. – М. : Academia, 1999. – 205 с. – (Высшее образование).
9. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. – Л. : Медицина, 1978. – 232 с.
10. Психотерапия : учебник для вузов / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 2-е изд., перераб. – СПб. : Питер, 2002. – 672 с. – (Национальная медицинская библиотека).

11. Клиническая психология / [В. А. Абабков, А. П. Бизюк, Н. Н. Володин и др.] ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – 959 с. – (Национальная медицинская библиотека).

12. Клиническая психология : в 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой. – 2-е изд., испр. – Т. 1 : Общая патопсихология. – М. : Академия, 2013. – 457 с.

13. Клиническая психология : в 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой. – 2-е изд., испр. – Т. 2 : Частная патопсихология. – М. : Академия, 2013. – 430 с.

14. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна ; пер. с нем. Н. Залуцкого, Н. Паутова, А. Пономарева; под ред. В. А. Абабкова. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2012. – 944 с. – (Мастера психологии).

15. Колесник, Н. Т. Клиническая психология / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова ; под ред. Г. И. Ефремовой. – М. : Юрайт, 2019. – 359 с.

16. Клиническая психология : учебник / под общ. ред. Е. Г. Шевыревой. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – 541 с. – (Высшее образование).

17. Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. К. Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Практическая медицина, 2016. – 604 с.

18. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин. – 4-е изд. – М. : Бином, 2012. – 492 с. – (Психиатрия: классика и современность).

19. Кречмер, Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. – СПб. : Союз, 1998. – 460 с. – (Психология и социология: страницы классики).

20. Лакосина, Н. Д. Клиническая психология : учебник для студентов медицинских вузов / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 413 с.

21. Левченко, И. Ю. Патопсихология: теория и практика : учебное пособие / И. Ю. Левченко. – М., Academia, 2000. – 232 с.
22. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М. : Академия, 2002. – 380 с.
23. Медицинская психология : учебник / Ю. Г. Фролова. – 2-е изд., испр. – Минск : Вышэйшая школа, 2011. – 384 с.
24. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / В. Д. Менделевич. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 426 с.
25. МКБ-10: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр : Т. 1. – Женева, 1995. – 633 с.
26. Нагаев, В. В. Основы клинической психологии [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов вузов / В. В. Нагаев, Л. А. Жолковская. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2014. – 463 с.
27. Рыбаков, Ф. Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности с подробным описанием и объяснением таблиц [Электронный ресурс] / Ф. Е. Рыбаков. – СПб. : КАРО, 2008. – 120 с.
28. Современные представления о психической норме и патологии : психологический, клинический и социальный аспекты / под ред. Н. Л. Белопольской. – М. : Когито-Центр, 2015. – 291 с. – (Клиническая психология).
29. Старшенбаум, Г. В. Клиническая психология [Электронный ресурс] : учебно-практическое руководство / Г. В. Старшенбаум. – Саратов : Вузовское образование, 2015. – 305 с.
30. Тимошенко, Г. В. Работа с телом в психотерапии : практическое руководство / Г. В. Тимошенко, Е. А. Леоненко. – М. : Психотерапия, 2006. – 476 с. – (Золотой фонд психотерапии).

31. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья : учебное пособие [Электронный ресурс] / Ю. Г. Фролова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Мн. : ЕГУ, 2003. – 172 с.
32. Хомская, Е. Д. Нейропсихология : учебник / Е. Д. Хомская. – 4-е изд., испр. – СПб. : Питер, 2005. – 496 с. – (Классический университетский учебник).
33. Хухлаева, О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции : учебное пособие / О. В. Хухлаева. – М. : Academia, 2001. – 202 с.
34. Яньшин, П. В. Практикум по клинической психологии : Методы исследования личности / П. В. Яньшин. – СПб. : Питер-принт, 2004. – 331 с. – (Практикум по психологии).
35. Яссман, Л. В. Основы детской психопатологии : учебно-методическое пособие / Л. В. Яссман, В. Н. Данюков. – М. : Олимп ; Инфра-М, 1999. – 253 с. – (Высшее образование).

Курс лекций

Соловьева Анна Владимировна,
кандидат психологических наук, доцент

Клиническая психология



Редактор *Лосева О. С.*
Корректор *Васильевых Е. М.*
Компьютерная верстка *Лосева О. С.*

Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя
117437, г. Москва, ул. Академика Волгина, д. 12

Подписано в печать: 10.09.2020	Формат 60×84 1/16	Тираж	47 экз.
Заказ № 198	Цена договорная	Объем	5,97 уч.-изд. л.
			8,71 усл. печ. л.
