

МВД России
Санкт-Петербургский университет

М. Г. Барина

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2023

УДК 159.9
ББК 88.7
Б24

Барина М. Г.

Б24 Клиническая психология : учебное пособие / М. Г. Барина. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2023. — 136 с.

ISBN 978-5-91837-734-5
EDN RJJFNM

Учебное пособие подготовлено в соответствии с программой дисциплины «Клиническая психология». В содержании учебного пособия представлен категориальный аппарат клинической психологии, описаны психические явления с точки зрения их взаимосвязи с различными психологическими и психическими нарушениями.

Предназначено для курсантов и слушателей образовательных организаций высшего образования МВД России, обучающихся по специальности 37.05.02 Психология служебной деятельности, а также для сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации.

УДК 159.9
ББК 88.7

Рецензенты:

Мальцева Т. В., кандидат психологических наук, доцент
(Академия управления МВД России);

Павлова С. А., кандидат психологических наук, доцент
(Краснодарский университет МВД России)

ISBN 978-5-91837-734-5

© Санкт-Петербургский университет
МВД России, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ТЕМА 1. ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ШКОЛЫ ПСИХОТЕРАПИИ.....	5
1.1. Клиническая психология как наука	5
1.2. История развития клинической психологии	9
1.3. Основные направления и школы психотерапии	17
ТЕМА 2. ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ, ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	22
2.1. Категории здоровья и болезни	22
2.2. Понятие нормы и патологии.....	26
2.3. Психология здоровья.....	31
ТЕМА 3. ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ	41
3.1. Возникновение патопсихологии	41
3.2. Патопсихологические синдромы	47
3.3. Патопсихологические исследования	54
ТЕМА 4. ОСНОВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ	60
4.1. Возникновение нейропсихологии	60
4.2. Теория динамической локализации высших психических функций.....	63
4.3. Нейропсихологические методы исследования	66
ТЕМА 5. ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ	74
5.1. Связь психической и соматической сфер.....	74
5.2. Модели стресса и этапы его развития	80
5.3. Основные группы психосоматических заболеваний	84
ТЕМА 6. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ (ИЗМЕНЕНИЙ) ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, СВОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ.....	88
6.1. Патопсихологическая диагностика нарушений познавательных психических процессов.....	88
6.2. Психологическая диагностика регуляторных психических процессов	98
6.3. Диагностика характерологических и личностных нарушений	101
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	105
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	106
ПРИЛОЖЕНИЯ	108

ВВЕДЕНИЕ

Обучение курсантов и слушателей образовательных организаций системы МВД России в дальнейшем определяет уровень профессионализма и психологическую компетентность. Профессия психолога считается профессией повышенной сложности; это требует акцентирования внимания на подготовке специалистов, которым необходимы знания как в области дифференциации психологических феноменов, патопсихологических симптомов и синдромов, так и в области психосоматических взаимодействий.

Учитывая современные требования, психолог должен обучиться не только выявлению психологических нарушений, т. е. способности проводить психологическую диагностику, но и прогнозировать изменения, влияющие на функционирование познавательной, мотивационно-волевой сфер и в целом на разные сферы деятельности.

В учебном пособии рассмотрены наиболее важные вопросы дисциплины «Клиническая психология», связанные с решением задач повышения эффективности процесса обучения и формирования необходимых компетенций обучающихся по специальности 37.05.02 Психология служебной деятельности.

Дидактическая направленность учебного пособия определила его структуру и основное содержание. Учебное пособие состоит из шести тем, в полном соответствии с программой дисциплины «Клиническая психология».

Настоящее учебное пособие нацелено на закрепление и углубление академических знаний, приобретенных на лекциях, а также развитие профессиональных компетенций, связанных с клинической психологией, в деятельности психологов органах внутренних дел.

Материал учебного пособия структурирован в соответствии с логикой и сложностью тем. Кроме теоретической информации, в каждой теме представлены вопросы и задания для самоконтроля, способствующие актуализации полученных знаний.

ТЕМА 1

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ШКОЛЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Учебные вопросы:

- 1.1. Клиническая психология как наука.
- 1.2. История развития клинической психологии.
- 1.3. Основные направления и школы психотерапии.

1.1. Клиническая психология как наука

Клиническая психология является психологической наукой, которая использует знание психологии при изучении психологических нарушений при психических и соматических расстройствах, а также аномалиях развития. Данная дисциплина использует правила и методы психологической диагностики и помощи при разнообразных психических расстройствах. В научных и практических исследованиях клиническая психология использует сведения о нормальном развитии и функционировании психики.

Ученые, занимающиеся клинической психологией, выделяют ее, прежде всего, как область психологической науки, при этом подчеркивая ее межотраслевой характер. Клиническая психология способствует решению ряда задач, в том числе в правоохранительной системе Российской Федерации. Практические задачи клинического психолога сосредоточены на выявлении психологических нарушений, развитии адаптационных возможностей человека, оптимизации психических состояний, профилактике болезней и др. В настоящее время клинические психологи решают не только научные и практические задачи в области медицины, но и вопросы психологической профилактики и психогигиены. Используя различные методы психологической коррекции, предупреждают психосоматические заболевания, пограничные психические расстройства, последствия острого и хронического стресса и др. Область деятельности клинических психологов прогрессивно расширяется. Клиническая психология также исследует вопросы влияния профессиональной деятельности на возникновение различных болезней (соматических, психосоматических, пограничных расстройств) и их профилактики.

Исторически сложилось, что клиническая психология исследует вопросы нормы, типологии, критериев, дифференциальной диагностики, а также анализирует патопсихологические и акцентуирован-

ные характеристики и т. д. Стремление к разработке общих принципов, закономерностей и категорий, соединяющих разные сферы общей и клинической психологии, способствует выработке общих закономерностей, выявляющих отклонения, изменения, нарушения с целью нормализации психической деятельности при разнообразных нарушениях и аномалиях развития.

Предметом клинической психологии являются психологические особенности человека с различными проблемами и трудностями адаптации, непосредственно связанными со здоровьем, а также взаимовлияние психики и тела, которое может приводить как к дезадаптации, так и к мобилизации ресурсов организма.

Клиническая психология исследует психологические особенности человека, возникающие в связи с проблемами адаптации, позволяет оказывать помощь, а не только классифицировать и диагностировать. Медицинские науки изучают, в первую очередь, заболевания, нарушения, во вторую очередь — психологические особенности, возникающие в связи с выявленными нарушениями. Клиническая психология объединяет знания о человеке и общепсихологические закономерности, что помогает сформировать знания об уникальности каждого человека для осознания индивидуальных устойчивых паттернов переживания и поведения. В клинической психологии психодиагностика и психологическая коррекция призваны выявлять сохранные сферы дезадаптивного человека и способствовать улучшению качества жизни.

Считается, что термин «клиническая психология» происходит из греческого языка, где «kline» переводится как «постель», «больничная койка». Ориентируясь на это, к клинической психологии относят любые психологические знания, связанные с человеком, обратившимся за медицинской помощью. Часто понятия «клиническая» и «медицинская психология» считают синонимами, но некоторые в медицине применяют понятие «медицинская психология», а в психологических исследованиях — «клиническая психология».

В англоязычных странах встречается понятие «Abnormal Psychology», что можно перевести как «патологическая психология»; в русском языке мы чаще используем понятие «патофизиология».

Клиническая психология — научная дисциплина, изучающая нарушения поведения и психики с помощью психологических методов; использует медицинскую информацию и термины.

Одним из основных инструментов медицинского специалиста считается Международная статистическая классификация болезней

и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (англ. — International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). МКБ является основой статистического и классификационного анализа заболеваний, нормативным документом, призванным обеспечить единство методических подходов и международную сопоставимость материалов. Предполагается регулярный, раз в 10 лет, пересмотр под руководством Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) последний (одиннадцатый) пересмотр был начат в 2007 г., переход на МКБ-11 рекомендован ВОЗ с 1 января 2022 г. до 2027 г. Одно из отличий МКБ-11 от предыдущих версий состоит в том, что «она может быть эффективно интегрирована в электронные приложения и информационные системы здравоохранения. Новая версия имеет полностью электронный формат, позволяющий регистрировать больше параметров и значительно упрощающий ее использование и внедрение, что будет способствовать уменьшению числа ошибок и снижению расходов, а также повышению доступности этого инструмента, особенно там, где ощущается недостаток ресурсов»¹.

Целью МКБ является анализ и сравнение данных о заболеваемости и смертности в разных странах, регионах, в том числе лонгитюдный. МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных. В МКБ используются медицинские термины, основными из которых являются «этиология» и «патогенез».

Нозология (от греч. *nosos* — болезнь и *logos* — учение) — учение о болезнях, включающее в себя этиологию и патогенез. Нозология описывает и называет болезни, объясняет, чем отличается болезнь от здоровья. Термин «**этиология**» происходит от греч. *aitia* — причина и *logos* — учение и дословно переводится как «учение о причине болезни»; «**патогенез**» происходит от греч. *pathos* — страдание и *genesis* — происхождение, переводится как учение о механизмах развития и исхода болезни; описывает механизмы развития болезни, выздоровления и смерти.

Причиной называют фактор, вызывающий заболевание и сообщающий ему основополагающие, как правило, специфические черты, без воздействия которого болезнь невозможна. Описаны и полиэтио-

¹ Электронный ресурс Всемирной Организации Здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/25-05-2019-world-health-assembly-update> (дата обращения 11.01.2023).

логические заболевания, возникающие в результате нескольких равнозначных причин.

Причины бывают внешними (экзогенными) и внутренними (эндогенными). Экзогенные делятся на химические, физические, биологические и социальные, в том числе информационные. Эндогенные связаны с генетическими, наследственными, конституционными и другими внутренними факторами.

К предрасполагающим факторам относят нарушения питания, переохлаждение и перегревание, резкие перепады температуры, атмосферного давления, переутомление, наследственную предрасположенность, ранний детский или старческий возраст и др. Для человека как социального индивида большое значение имеют окружающая среда и связанная с ней информационная перегрузка, жилищная и материальная неустроенность, межличностные конфликты и т. п.

В любой болезни выделяют отдельные признаки, называемые симптомами; для диагностики заболевания недостаточно одного симптома. Отдельный симптом становится диагностически значимым в совокупности и взаимосвязи с остальными признаками, в симптомокомплексе, который называют синдромом. Синдром обозначает такую взаимосвязь признаков, которая отображает представления о механизмах развития заболевания. Последовательное появление и смена синдромов называют клинической картиной болезни. Классификация болезней представлена в МКБ.

Каждая классификация МКБ содержит существенные изменения, в соответствии с актуальной ситуацией в мире. В МКБ-11 включены главы, посвященные народной медицине, сексуальному здоровью (гендерное несоответствие), появилось новое расстройство — игровое расстройство, связанное с зависимостью от компьютерных игр, и др.

С психическими расстройствами связана одна из 26 глав, которые охватывают все области медицины. Акцент сделан на практической пользе, практическом применении рядовыми врачами. Предполагается, что глава о психических расстройствах будет актуальна не только для психиатров, но и для других специалистов, занимающихся психическим здоровьем (психологов, социальных работников, психотерапевтов), а также для пациентов и их родственников. Данная классификация учитывает и культурный аспект, т. е. должна включать общепринятую медицинскую терминологию и клинические проявления. Клинические психологи также были вовлечены в разработку МКБ-11.

Психические и поведенческие расстройства, а также нарушения нейропсихического развития включены в главу 6 МКБ-11, содержащую 162 категории (четырёхзначные коды, которые начинаются с 4A00). «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития представляют собой синдромы, характеризующиеся клинически значимыми нарушениями в познавательной сфере, эмоциональной регуляции или поведении человека, которые проявляются на психологическом и биологическом уровнях и в процессе развития и влияют на психическое и поведенческое функционирование¹».

«Симптомы должны вызывать дистресс или нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет существенных дополнительных усилий»¹.

Психические расстройства представлены психопатологической симптоматикой. При обследовании больного обычно описывают различные симптомы. При психических отклонениях симптомы не существуют отдельно, они складываются в симптомокомплексы.

Все психические процессы протекают индивидуально, зависят от биологических свойств и социального опыта. У психически здорового человека в норме психические функции согласованы и адекватно отражают окружающий мир. В период психических заболеваний нарушается эта гармоничность; нарушается или отдельный психический процесс, или вся психическая деятельность. Тяжелые психические расстройства отражаются на личности человека, затрагивая его социальное окружение.

1.2. История развития клинической психологии

Считается, что клиническая психология имеет длительную историю; некоторые авторы считают, что она зародилась около 400 г. до н. э., когда греческий врач Гиппократ экспериментально обнаружил связь между душой и телом; до него считалось, что психические заболевания непредсказуемы. В Средние века возникновение психических заболеваний связывали с демонами и злыми духами, которые «вселялись» в человека. С XVI в. людей с психическими заболеваниями старались отделить от общества и помещали вдали от городов вместе с преступниками, чтобы они не нанесли вреда «нормальным»

¹ МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра)
URL: <https://icd11.ru/psihicheskie-rasstroistva-mkb11/> (дата обращения: 01.02.2023).

людям; чаще всего их приковывали цепями (больницы Бисетр, Сальпетриер). В XIX в. французский врач Ф. Пинель произвел революцию в психиатрии и «освободил от цепей» людей с психическими нарушениями, отметив, что им требуется лечение и забота, а не изоляция.

Мировая клиническая психология начинает свое развитие с 1896 г., когда американский психолог Л. Уитмер, организовал «Психологическую клинику» в Филадельфии. В 1894 г. Л. Уитмер организовал в Пенсильванском университете курсы для педагогов, занимающихся с умственно отсталыми, слепыми и душевно больными детьми. В своем докладе он впервые использовал термин «клиническая психология», а затем начал читать курс клинической психологии. В руководствах по клинической психологии, популярных в России, возникновение клинической психологии принято связывать с именами Э. Крепелина, П. Жане, З. Фрейда, В.М. Бехтерева, Л.С. Выготского, А.Ф. Лазурского. Э. Крепелин был материалистом и психические расстройства связывал с биологическими изменениями; он основал психологическую лабораторию, где изучал изменения психических процессов (память, внимание, мышление) вследствие биологических изменений, с которыми сопоставлялись психические расстройства. Для коррекции выявленных нарушений требовалось «биологическое лечение»; психологические исследования касались воздействия этого лечения на психические процессы. Л. Уитмер занимался практическими вопросами психологии, он считал, что необходимо помогать людям решать их проблемы, а не изучать содержание их умов. Первоначально он изучал поведенческие нарушения у детей с трудностями в обучении, а затем и взрослых с проблемами развития и психического функционирования. Л. Уитмер считал клиническую психологию междисциплинарной областью науки и практики медицины, педагогики и социологии. По его мнению, клинический психолог помогает решать проблемы лечения, образования и межличностных отношений. Л. Уитмер основал первый клиничко-психологический журнал «Психологическая клиника», просуществовавший до 1935 г. Л. Уитмера можно назвать первым в мире клиническим психологом, однако его заслуги относятся скорее к практической области, чем к теоретической, возможно, именно поэтому он не очень известен.

Возникшая в конце XIX в. психометрика выявляла индивидуальные различия в психических процессах. Дж. Кеттелл в 1890 г. ввел термин «mentaltest» (тест диагностировал индивидуальные особенности; его использовали и совершенствовали Э. Торндайк, Р. Вудвортс

и др.). Во время Первой мировой войны было создано множество тест-батарей, некоторые из них использовались в клинической психологии как инструмент психодиагностики.

Во Франции в начале XX в. Т. Симон с помощью психологических методов разработал инструменты, позволяющие разделять детей на «обычных» и «одаренных», оценивая память, внимание, воображение, моторные навыки и т. д. Эту шкалу в дальнейшем назвали тестами Бине — Симона.

В дальнейшем немецкий психолог В. Штерн говорил, что следует сопоставлять показатели ребенка со средними значениями, характерными для его возраста, и результат назвал психологическим возрастом (коэффициентом интеллекта (IQ)). Вслед за ним западные клинические психологи стали определять IQ у большинства пациентов; основная их задача заключалась в создании, стандартизации и описании результатов психологических тестов.

В начале XX в. работало около 20 психологических клиник, большая часть психологов была связана с медициной. Развитию клинической психологии способствовала Первая мировая война, когда американское правительство поручило разработку инструментов, способствующих адекватной адаптации демобилизованных солдат. В то время психологами были разработаны первые опросники, выявляющие эмоциональные нарушения. Военные способствовали развитию клинической психологии, финансируя исследования.

В 1920–1930-е гг. клинические психологи начинали совместную работу с психиатрами и социальными работниками, занимаясь психодиагностикой и психологической беседой. Также психологи продолжали оценивать интеллектуальное развитие детей.

Немецкий психиатр Э. Крепелин считается еще одним родоначальником клинической психологии, однако он более известен психиатрам как создатель учения о психических расстройствах и их систематизации. В психологии он исследовал воздействие неожиданного стимула и ожидания, сон и рабочий ритм человека. Э. Крепелин освоил экспериментально-психологический подход, обучаясь у В. Вундта. В фармакологии он изучал воздействие на психические процессы алкоголя, чая, табака и других веществ. Он считается родоначальником экспериментального метода в клинической психологии.

Воззрения З. Фрейда оказали большое влияние на клиническую психологию (появились психоаналитическая терапия, психогенетическая теория возникновения и лечения неврозов). В противопоставле-

ние психоанализу возникли новые психологические направления — клиент-центрированная терапия К. Роджерса, поведенческая терапия, гештальт-терапия, семейная терапия и др.

Клиническая психология развивалась как прикладная наука и способствовала внедрению научных исследований в практику. Клинические психологи объединились в Ассоциацию прикладной психологии и от психодиагностики перешли к психотерапии, чему способствовали труды К. Роджерса, подчеркивающие важность психологического компонента в лечении. Вторая мировая война сформировала потребность в профессиональных консультантах по вопросам психического здоровья. К этому времени уже был накоплен определенный опыт оказания психологической помощи и подготовки клинических психологов. Клинические психологи занимались частной практикой, работали в школах, больницах и других организациях.

В Европе у клинических психологов большее развитие получила психодиагностика, результатами которой по своему усмотрению распоряжались психиатры и которая практически не влияла на лечение.

Большое влияние на становление клинической психологии середины XX в., когда в Европе шла Вторая мировая война, оказали психологи США. В городе Боулдер в 1949 г. Американская психологическая ассоциация организовала конференцию, известную как Боулдерская конференция, в результате которой были выработаны основные принципы подготовки клинических психологов. В конференции приняли участие представители университетов, Ассоциации прикладной психологии и Американской службы психического здоровья. На этой конференции клиническая психология была признана наукой; целью подготовки американских клинических психологов стала подготовка исследователей и практиков одновременно. Эта модель научно-практической подготовки стала называться «боулдерская модель», или модель «ученого-практика».

В 1973 г. в городе Вейль проходила конференция Американской психологической ассоциации, ориентированная на практические вопросы. Была предложена другая модель подготовки клинических психологов, названная вейльской, или профессиональной моделью. Основное отличие — в ориентации на практику. Сейчас обе модели (боулдерская и вейльская) существуют параллельно, основное различие — в звании, которое присваивается психологам.

Сегодня клиническая психология в Европе и США — научная дисциплина, которая решает практические задачи и является основой психотерапии.

В России более активно использовался термин «медицинская психология», который в XX в. был связан с ленинградским Психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева, где в 90-е годы XX в. была введена специальность «Клиническая психология» (затем она появилась и в других вузах).

В России основы клинической психологии были заложены благодаря трудам И. П. Павлова, В. М. Бехтерева и его ученика А. Ф. Лазурского, а также Л. С. Выготского. Тем не менее развитие прикладных направлений, благодаря которым появилась мировая клиническая психология, в частности, детская психодиагностика, было запрещено в 1936 г. приказом «О педологических извращениях в системе Наркомпросов». Многие специалисты были репрессированы. Л. С. Выготский, работая во ВИЭМ (всесоюзный институт экспериментальной медицины), руководил патопсихологической лабораторией и проводил экспериментально-психологические исследования. Именно он заложил научные основы психологии аномального развития ребенка, а также пато- и нейропсихологии. Л. С. Выготский пытался решать практические задачи психологии и помогал детям с различными отклонениями в развитии.

Л. С. Выготский разрабатывал собственную теорию, в которой подчеркивал, что важен не сам дефект, а то, что этот дефект мешает ребенку овладеть культурой, социальным опытом человечества. Л. С. Выготский не смог реализовать составленную им научную программу развития психологии, нацеленную на решение сложных практических задач. В сотрудничестве с Л. С. Выготским научно-исследовательской деятельностью занималась Б. В. Зейгарник, которая окончила Берлинский университет и стала родоначальницей московской школы клинической психологии. Она занималась разработкой теоретических основ патопсихологии, опираясь на концепции культурно-исторического происхождения психики. Еще один ученик Л. С. Выготского, А. Р. Лурия, стал основателем новой для того времени науки — нейропсихологии. В годы войны многие отечественные психологи занимались проблемами реабилитации раненых. Эта работа и дала толчок для разработки программ по восстановлению высших психических функций у пострадавших от черепно-мозговых травм и ранений, а также способствовала развитию теории мозговой

организации высших психических функций. После войны отечественные психологи А. Н. Леонтьев и С. Л. Рубинштейн развивали теорию деятельности, которая вместе с культурно-исторической концепцией Л. С. Выготского стала теоретической основой московской школы клинической психологии.

В 1950 г. во время Павловской сессии все психические процессы было решено описывать с позиции теории И. П. Павлова, в терминах возбуждения и торможения, что фактически запрещало психологические исследования. В 1966 г. А. Н. Леонтьев создал в МГУ факультет психологии, куда были приглашены Б. В. Зейгарник и А. Р. Лурия, которые создали кафедру пато- и нейропсихологии (с акцентом на эксперимент). Изучение патологии помогало выявлять закономерности функционирования психики в норме и способствовало разработке методов и принципов психологической диагностики и реабилитации.

Развитию ленинградской школы клинической психологии способствовали психиатры; ее основателем считается В. Н. Мясищев, врач-психиатр по образованию. Эта школа была ориентирована на поиск психологических факторов психических расстройств и на психодинамическое направление, т. е. на практику. В. Н. Мясищев был талантливым психотерапевтом, возможно, поэтому в ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева в 1960–1970-е гг. стала интенсивно развиваться психотерапия; изучались психологические аспекты этиологии неврозов, подчеркивалась роль личности, делался акцент на психодиагностику и психотерапию (М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, Ю. Б. Ташлыков, Г. Л. Исурина, М. С. Лебединский, Л. И. Вассерман и др.).

В 1960–1970-е гг. в Москве и Ленинграде разрабатывается научная основа развития клинической психологии в СССР. В МГУ создается кафедра пато- и нейропсихологии, а в ЛГУ появляется специализация по медицинской психологии; в психиатрических клиниках вводятся должности медицинских психологов, рассматриваются возможности применения стандартизированных зарубежных методик и проективных методов, создаются собственные методики.

Стоит отметить вклад в становление мировой клинической психологии Д. Н. Узнадзе и его учеников (в Тбилиси), М. Блейхера и Л. Ф. Бурлачук (в Киеве), М. С. Роговина и его учеников (в Ярославле) и др.

В конце XX — начале XXI в. отечественные клинические психологи интегрируются в мировое психологическое сообщество, зани-

маются психотерапией и психодиагностикой, проводят тренинги. Сегодня клинические психологи решают множество научных и практических задач, требующих серьезной теоретической подготовки.

Специальность «Клиническая психология» (37.05.01) утверждена Министерством науки и высшего образования Российской Федерации приказом от 26.05.2020 № 683.

«Клиническая психология — специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению... Области профессиональной деятельности и сферы профессиональной деятельности, в которых выпускники, освоившие программу специалитета, могут осуществлять профессиональную деятельность:

— образование и наука (в сферах: психолого-педагогической, консультативной и социальной помощи субъектам образовательного процесса; основного общего, среднего общего образования, профессионального образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);

— здравоохранение (в сферах: психодиагностической, консультативной и психотерапевтической, экспертной деятельности в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения; научных исследований);

— социальное обслуживание (в сферах: психологического сопровождения представителей социально уязвимых слоев населения; консультативной помощи работникам социальных служб, социальной помощи семье и замещающим семьям; оказания психологической помощи отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию; просвещения и повышения психологической культуры населения);

— культура, искусство (в сфере научно-исследовательской деятельности в интересах поддержания здоровья и психологического благополучия человека);

— физическая культура и спорт (в сферах: психодиагностической и консультативной деятельности в интересах укрепления физического здоровья, поддержания здорового образа жизни и реабилита-

ции спортсменов в области спорта высших достижений; научных исследований);

— обеспечение безопасности (в сферах: психодиагностической и консультативной деятельности в интересах обороны и безопасности государства, обеспечения законности и правопорядка; научных исследований);

— сервис, оказание услуг населению (торговля, техническое обслуживание, ремонт, предоставление персональных услуг, услуги гостеприимства, общественное питание и пр.) (в сфере индивидуального психологического консультирования и сопровождения лиц, нуждающихся в психологической помощи);

— сквозные виды профессиональной деятельности в промышленности (в сферах: консультирования, управления коммуникацией, администрирования бизнес-процессов и обеспечения работы с персоналом).

Выпускники могут осуществлять профессиональную деятельность в других областях профессиональной деятельности и (или) сферах профессиональной деятельности при условии соответствия уровня их образования и полученных компетенций требованиям к квалификации работника ...

В рамках освоения программы специалитета выпускники могут готовиться к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- психодиагностический;
- консультативный и психотерапевтический;
- экспертный;
- педагогический;
- организационно-управленческий;
- проектно-инновационный;
- научно-исследовательский»¹.

¹ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2016 № 1181 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология (уровень специалитета)» (с изм. и доп. от 13.07.2017). Нормативные правовые акты приводятся по данным официального интернет-портала правовой информации pravo.gov.ru (дата обращения: 01.03.2023).

1.3. Основные направления и школы психотерапии

Психотерапия (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — уход, лечение) является особым видом профессионального межличностного взаимодействия, в процессе которого специалист, владеющий психологическими приемами и средствами, помогает решить психологические проблемы. Психотерапию можно рассматривать с медицинской точки зрения, как говорил Б. Д. Карвасарский, как «систему лечебного воздействия на психику, а через психику на организм человека», и с психологической точки зрения, как систему психологических воздействий, способствующую адаптации, росту и развитию личности.

Целью психотерапии чаще всего является помощь в изменении поведения, мышления, восприятия (в зависимости от подхода), для адаптации, появления и закрепления положительных эмоций, продуктивности поведения и др.

В психотерапии нет единой классификации методов. Одни методы в качестве критерия классификации рассматривают цель психотерапевтического воздействия, другие направленность, третьи — инструменты воздействия. Классификации могут отражать психотерапевтические методы, направленность воздействия, самостоятельные психотерапевтические направления.

Психологические вмешательства в широком смысле состоят из психодиагностики, психологического консультирования, профориентации и психотерапии; их может проводить либо психолог, либо психотерапевт.

Психотерапию сегодня нельзя назвать единой научно обоснованной системой лечебного воздействия; психотерапевты используют множество направлений, подходов, приемов и техник. Правильнее говорить о психотерапевтической культуре как системе представлений, ориентированных на естественные процессы выздоровления. Для активации этих процессов специалист должен создать необходимые условия. Существуют классические и современные направления психотерапии; к современным относят психосинтез, холотропную терапию, нейролингвистическое программирование, кататимно-имажинативную психотерапию, гештальт-терапию, трансактивный анализ, которые можно объединить направленностью на единство психики и тела. Также современная психотерапия особый смысл вкладывает в измененные состояния сознания, особые непатологические формы психосоматического взаимодействия со сдвигом от вер-

бально-логических к наглядно-чувственным компонентам при изменении эмоциональной окраски.

К классическим направлениям чаще всего относят психоаналитическую, когнитивно ориентированную, поведенческую, когнитивно-поведенческую, системную терапию.

Психоаналитическая терапия проводится в «психоаналитической ситуации», в которой клиент не должен видеть психоаналитика (при этом он располагается на кушетке и рассказывает обо всех мыслях и чувствах, которые у него возникают). Психоаналитик не говорит с клиентом о своих размышлениях, не критикует; его личностные особенности необходимо исключить из анализа. Такая ситуация способствует высказыванию пациентом мыслей и чувств, которые в обычное время «подавляются». В соответствии с психоаналитическими принципами каждый элемент мышления или поведения наблюдается и оценивается в контексте рассказываемого. Неудовлетворенные внутренние влечения порождают бессознательные фантазии, сны, свободные ассоциации, оговорки и т. п. В психоаналитической ситуации то, что вытеснялось, вербализируется и может быть проанализировано. Межличностные отношения в данной ситуации исключены, следовательно, взаимоотношения компонентов психики — «Я», «Оно» и «Сверх-Я» — можно более объективно изучить и показать клиенту, что в его поведении предопределено бессознательными желаниями, а что — адекватными реакциями.

Целью психоаналитической терапии является замена неадекватных способов реагирования на более рациональные. Часть данной терапии посвящается интерпретации поведения клиента в отношении психоаналитика, анализируется «перенос» или «трансфер». При этом клиент бессознательно переносит свои детские воспоминания, фантазии, желания на психоаналитика. Перенос рассматривается как форма памяти, в которой настоящее неправильно интерпретируется в терминах прошлого (и как повторение невротического процесса).

Когнитивно ориентированная психотерапия рассматривает возникновение эмоциональных и поведенческих расстройств с позиции дезадаптивных суждений. Такие суждения возникают в результате неправильного восприятия и интерпретации информации в процессе развития личности.

Задачей когнитивной терапии является воздействие на когниции клиента. Необходимо найти деформации мышления и обучить адекватному восприятию своей жизни. Когнитивная терапия основное

внимание уделяет настоящему, психотерапевт взаимодействует с сознательными установками, использует поведенческие методы. Такая терапия краткосрочна по сравнению с психоанализом.

Поведенческая терапия берет свое начало с теории научения А. Бандуры и принципов классического и оперантного обуславливания. Принято считать, что неправильно сформированные навыки способствуют появлению психологических расстройств. Целью данной терапии становится избавление от нежелательных форм поведения и научение полезным. Поведенческую терапию лучше всего применять при наличии неадекватных навыков, поэтому она используется при лечении фобий, поведенческих расстройств и зависимостей и др. Может применяться самостоятельно и в комплексе с когнитивной терапией (когнитивно-поведенческая психотерапия). Целью поведенческой терапии является изменение поведения (не анализируются причины появления неадекватного поведения).

Направление, основателем которого является американский психотерапевт Ф. Перлс, называется гештальт-терапией. Теоретическая база состоит из идей классического психоанализа З. Фрейда, положений гештальтпсихологии и некоторых позиций экзистенциально-феноменологической психологии и психотерапии.

Ф. Перлс считал, что здоровый человек осознанно и всецело контролирует собственную жизнь, поведение и является целостной, интегрированной личностью. Из-за разнообразных внешних или внутренних воздействий интеграция может нарушаться, тогда возникает фрустрация. Удовлетворенную потребность Ф. Перлс называет гештальтом, а неудовлетворенную — незавершенным гештальтом, вызывающим внутриспсихическое напряжение. Это напряжение «запускает» действие защитных механизмов (к ним он относит интроекцию, проекцию, ретрофлексию, дефлексию, конфлуенцию, которые являются разновидностями патогенетических механизмов невротических расстройств).

Целью гештальт-терапии считается разрушение психологических защит, установление непосредственного контакта с личностью и признание личностью реальности согласно экзистенциально-феноменологическому принципу «здесь и сейчас». Эту терапию можно отнести к патогенетической, так как она пытается установить и устранить причины расстройств.

Методами гештальт-терапии являются разговорные и игровые практики, в основном групповые.

Открытость, неортодоксальность, возможность привлечения разнообразных методических приемов можно назвать характерными особенностями этого вида психотерапии.

Одним из направлений является психодрама, которая представляет собой метод групповой психотерапии, основанной на ролевой игре и создании условий для свободного выражения чувств, возникающих в связи с проблемами клиента. Психодрама как психотерапевтический метод разработана Я. на основе его «спонтанного театра», способствующего развитию и реализации творческого потенциала личности. Участники «спонтанного театра», кроме творческого развития, добивались внутри- и межличностных изменений, которые и стали основой для создания психодрамы как психотерапевтического метода.

Я. Морено был убежден, что игра для человека — это естественно, поэтому проигрывание разных ролей дает возможность исследования жизненных ролей и активизируют творческий подход к собственным проблемам. Во время игры спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис способствуют развитию творческой активности и достижению инсайта. Происходит творческая переработка собственных проблем и формирование адекватного самопонимания, преодоление неадекватных поведенческих и эмоциональных стереотипов.

Одним из популярных направлений психотерапии является психосинтез, который основан на психоаналитическом подходе; его создателем считают Р. Ассаджиоли. Задачи психосинтеза, по Р. Ассаджиоли, формулируются как постижение своего истинного (высшего) «Я», достижение внутренней гармонии и формирование адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми. Основным методом психосинтеза — это самоидентификация. Необходимо создать динамический центр, синтезирующий все психологическое разнообразие. Самоидентификация основана на психологическом принципе, который Р. Ассаджиоли сформулировал так: «Над нами властвует все то, с чем мы себя отождествляем. Мы можем властвовать над тем и контролировать все то, с чем мы себя отождествляем».

Таким образом, клиническая психология является междотраслевой научной дисциплиной, использующей психологические средства и способы, способствующие выявлению и повышению адаптации, а также предупреждению дезадаптации. Данная дисциплина носит междотраслевой характер, использует психологические знания для

различных областей медицины, педагогики, социальной работы и др. Клиническая психология исследует психологические особенности человека, возникающие в связи с проблемами адаптации, позволяет оказывать помощь, а не только классифицировать и диагностировать.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) является основой статистического и классификационного анализа заболеваний, нормативным документом, призванным обеспечить единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.

Клиническая психология имеет длительную историю, которая начинается с Гиппократом и переходит в научную область вместе с Л. Уитмером, который впервые использовал термин «клиническая психология». В России клиническая психология связана с такими известными учеными, как В. М. Бехтерев, И. П. Павлов, А. Ф. Лазурский, Л. С. Выготский, В. Н. Мясищев и его ученик Б. Д. Карвасарский и многие другие (часть из них считается основателями патогенетического направления в психотерапии).

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Расскажите о соотношении клинической психологии со смежными психологическими и медико-биологическими дисциплинами.
2. Опишите историю развития клинической психологии.
3. Расскажите об основоположниках главных направлений клинической психологии.
4. Опишите клинико-психологические формы воздействия и помощи.
5. Охарактеризуйте современные направления психотерапии.
6. Расскажите о МКБ-11.

ТЕМА 2

ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ, ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Учебные вопросы:

- 2.1. Категории здоровья и болезни.
- 2.2. Понятие нормы и патологии.
- 2.3. Психология здоровья.

2.1. Категории здоровья и болезни

Сегодня у понятия «здоровье» нет единого определения, медицинские науки данное понятие определяют как отсутствие болезней, психологические науки, в зависимости от направления, как самоактуализацию, или как адаптацию к изменяющимся условиям, или как осознание бессознательных импульсов и т. п. По определению ВОЗ, психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество; психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

В российской психологии изучение психического здоровья начинается с П. Б. Ганнушкина, который в 1908 г. опубликовал в журнале «Современная психиатрия» статью «Постановка вопроса о границах душевного здоровья», где подчеркивал связь между здоровьем и болезнью (и там, и там действуют одинаковые законы и силы и, следовательно, невозможно провести четкую границу, существует множество переходных состояний). Многообразие пограничных состояний позволяет объяснять определенное состояние и как душевное здоровье, и как душевную болезнь, также пограничные состояния могут переходить в болезнь при возникновении соматических расстройств, например, таких, как травма, инфекционные болезни.

Психическое нездоровье относится к области так называемой большой психиатрии и проявляется в неадекватности и/или дезадаптации, что в основном связано с органическими нарушениями. К малой психиатрии относятся заболевания без органической патологии, более распространенные, в процессе которых не происходит глубоких изменений психики, например, неврозы и пограничные состояния.

Психическое здоровье каждого человека зависит от множества факторов, среди которых социальные, психологические и биологиче-

ские. Факторы нищеты, низкого уровня образования, быстрых социальных изменений, работы в экстремальных условиях, в условиях стресса, социального отчуждения, неправильного образа жизни, нарушения прав человека способствуют ухудшению психического здоровья человека и общества в целом. При сочетании определенных внешних обстоятельств и личностных особенностей у некоторых людей может возникнуть психическое расстройство. Биологические причины также могут вызвать нарушения психики, например, генетические особенности или дисбаланс химических веществ в мозге.

Понятие психического здоровья довольно многогранно. С медицинской точки зрения психическое здоровье обозначается как отсутствие болезней. Психологи рассматривают психическое здоровье в зависимости от приверженности определенным взглядам на психическое развитие, личность, индивидуальность и др. С позиции гуманистического направления психологии основой психического здоровья считают стремление личности к самореализации. Психическое здоровье педагогами рассматривается как доминирование интеллекта в любой деятельности. Некоторые ученые психически здоровым считают человека, обладающего самосознанием. Следовательно, в психологии нет однозначного определения психического здоровья.

Невозможно определить единственную причину возникновения большинства психических нарушений, в их основе лежит сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов. Существует множество различных критериев психического здоровья, чаще встречаются такие, как уравновешенность, самоконтроль, ответственность, полноценная интеграция в общество, доброжелательность, терпеливость, независимость, нравственность, чувство юмора, отсутствие болезненных психических проявлений.

Психические расстройства, как отмечают психиатры, чаще всего впервые проявляются после пережитого стресса, но, как известно, один и тот же стресс разные люди переживают по-разному. Шкала стресса Холмса — Рея¹ (оценочная шкала стрессовых событий Холмса — Рея, Social Readjustment Rating Scale SRRS) разработана в 1967 г. психиатрами Т. Холмсом и Р. Реем, которые попытались по стобалльной шкале выявить уровень жизненного стресса и воздействие его на психическое здоровье. Они составили список из 43 событий и опро-

¹ URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022399967900104> (дата обращения: 15.02.2023).

сили более 5 000 человек, затем сопоставили полученные баллы с обращением за медицинской помощью и получили положительную корреляцию. Используя эту шкалу, можно предположить испытываемый за последний год уровень стрессовых событий и способности человека справляться с ними, т. е. социальные факторы риска возникновения психических заболеваний. Данная шкала представлена на рис. 1 и в приложении 1.

Шкала стресса Холмса — Рея может использоваться для самодиагностики, выявления необходимости поиска поддержки со стороны. При использовании этой шкалы необходимо помнить, что она является культурно-зависимой, не адаптированной для российской выборки, следовательно, пороги баллов статистически не обоснованы. Тем не менее можно ее использовать в профессиональной психологической деятельности как проективную.

Биологические факторы риска возникновения и развития психических заболеваний включают в себя генетическую предрасположенность (например, распространенность шизофрении среди населения составляет 1 %, а среди родственников больного шизофренией первой степени родства — 10 %, второй степени родства — 3 %). Примерно такая же зависимость выявляется среди больных аффективными психозами, эпилепсией, депрессиями. Такое заболевание, как алкоголизм в четыре раза чаще встречается среди родственников первой степени родства. Также к биологическим факторам риска относятся внутриутробные нарушения и различные заболевания матери во время беременности, которые способствуют неправильному формированию головного мозга. После рождения черепно-мозговые травмы, нарушения мозгового кровоснабжения, действие токсических веществ (употребление алкоголя, наркотиков и т. д.) и т. п. могут приводить к психическим заболеваниям.

Основные факторы стресса



Рис. 1. Основные стрессоры (по мнению Т. Холмса, Р. Рея)¹

К психологическим факторам риска возникновения и развития психических заболеваний можно отнести личностные особенности, связанные с адаптацией. У менее адаптированного человека повышается вероятность возникновения психического заболевания, например, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), невроза и др.

Психика человека является динамической системой, которая в каждый момент времени осуществляет оптимальное продуктивное взаимодействие с внешним и внутренним миром. Проявляется в реализации способностей и компенсации дискомфорта и характе-

¹ URL: <https://jekyll-hyde.ru/test/the-holmes-and-rahe-stress-scale-online-test/> (дата обращения: 15.02.2023).

ризуется определенным уровнем от тревожности до успешности трудовой деятельности.

2.2. Понятие нормы и патологии

Существует множество определений понятия нормы (лат. — «правило», «образец», «руководящее начало»). В гуманитарных науках, изучающих человека, используют статистические, физиологические, индивидуальные и другие виды норм, в психологических науках конкретизируют это понятие, дифференцируя в зависимости от пола, возраста, социальных, культурных, этнических характеристик. Таким образом, понятие нормы в отношении человека является междисциплинарным вопросом, учитывающим множество аспектов.

Всемирная Организация Здравоохранения дает следующее определение нормы. Норма — этический стандарт, модель поведения, рассматриваемая как желательная, приемлемая и типичная для той или иной культуры. Границы между нормой и патологией изменчивы, следовательно, проблема нормы должна быть решена «здесь и сейчас».

В клинической психологии важным является понятия нормы, так как именно с нормой происходит сопоставление различных показателей в когнитивной, эмоциональной, мотивационной, поведенческой и других сферах. В патопсихологии есть понятие нормы и патологии, а все, что между ними, относят к пограничным состояниям.

Существует различные подходы к понятию «нормы».

Статистический подход. Нормальным считается то, что присутствует у большинства, среднестатистическая норма (кривая нормального распределения широко используется в тестовых шкалах, то, что выходит за пределы нормы должно настораживать психолога и акцентировать внимание для проведения дополнительного исследования).

Адаптационный поход. Нормален тот, кто может адаптироваться, приспособливаться как к биологическим, физиологическим, физическим, так и к социальным изменениям. Нормальным считается тот, кто выживает в разных условиях (естественный отбор), поэтому одним из критериев нормальности в данном подходе является сохранность личности, а к патологическим признакам относят разрушение и распад личности.

Психопатологический подход. Норма — это отсутствие психопатологических синдромов, но около 80 % людей имеют хотя бы один симптом. Данный подход рассматривается с точки зрения дихотомии «норма — патология», но сегодня известно, что это не взаимоисключа-

ющие понятия, у нормального, здорового человека в определенное время могут встречаться и психопатологические симптомы, например, головная боль, при высокой температуре — галлюцинации и т. д.

Культурально-релятивистский подход. Норма — это соответствие определенной культуре. Выделяют два вида норм: поведенческая и ранговая норма. В каждой культуре свое представление о норме; то, что нормально для одной культуры, в другой будет считаться патологией. Также не стоит забывать о многокультурном обществе; в данном подходе чаще всего если в какой-либо культуре какое-либо поведение считается нормальным, то остальные не признают его патологическим.

Гуманистический подход. Норма — это самосовершенствование, самоактуализация личности. Этот подход противопоставляется психопатологическому, в человеке пытаются найти позитивные моменты, позволяющие рассматривать личность как индивидуальность.

Социальной нормой являются признанные всеми паттерны поведения, деятельности, способствующие упрощению социального взаимодействия индивидов и групп. Выделяют свойства социальных норм — объективность, безусловность, универсальность, схематичность, историчность. Социальные нормы являются фактором социального контроля различных сообществ.

Моральные нормы подразумевают регуляцию этического поведения и взаимодействия людей, являются аспектом оценки поступков.

Групповые нормы являются отражением социальных норм, присутствие в группе определенной системы норм позволяет сравнивать поведение каждого ее члена с идеалом и выбирать наиболее результативное средство воздействия на каждого участника группы.

Норма подразумевает приспособление человека к кому-либо или чему-либо, необходимо помнить, что принудительная адаптация изменяет психологические характеристики и может привести к психическим отклонениям.

Многообразие понятий нормы доказывает сложность выделения «нормальных» в клинической психологии.

Кроме психического здоровья и нормы, также выделяют уровни психического здоровья, которые (согласно ВОЗ) следующие:

Эталонное (идеальное) здоровье подразумевает полную адаптацию человека, гармоничное развитие, отсутствие предрасположенности к психическим заболеваниям.

Среднестатистический уровень определяется, когда психические показатели соответствуют средним в популяции, вероятность

психических расстройств возникает в периоды кризисов индивидуального развития.

Конституциональный уровень психического здоровья связан с типом телосложения, существуют установленные группы риска.

Уровень акцентуаций проявляется в определенной ситуации заострением характерологических особенностей, что делает человека уязвимым.

Предболезнь характеризуется выделением отдельных симптомов психического заболевания. Такие нарушения, как расстройство сна, головная боль, повышенная раздражительность и т. п. являются отдельными симптомами психических расстройств.

Уровень болезни предполагает наличие компенсаторных возможностей. Клинические психологи описали разнообразные модели компенсации. Выбор модели зависит от формирования и предпочтения определенных паттернов поведения, а также способов реализации этих паттернов для осуществления адаптации к изменяющимся условиям.

Компенсацией называют деятельность индивида, сознательную или неосознаваемую, направленную на поддержание баланса в различных взаимодействиях. Данная деятельность может привести как к положительному результату, так и к формированию защитных механизмов, приводящих к психическим расстройствам.

В клинической психологии психическое состояние делится на три вида: «хорошая» норма, «условная» норма, когда в целом все хорошо, но существует вероятность дезадаптации при определенных условиях, и психическое нарушение. Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков¹ выделили критерии психического здоровья, которые и сегодня широко распространены у клинических психологов:

1. Причинная обусловленность психических явлений (т. е. для эмоций, поведения, психических состояний должна быть понятная окружающей причина). При непонятной причине, вероятно, требуется консультация психиатра.

2. Максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (т. е. адекватность психического отражения (восприятия и мышления), галлюцинации и бред относятся к патологическим проявлениям).

¹ Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. — М. : Медицина, 1984. С. 47–48.

3. Соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей (т. е. ответная реакция должна быть адекватной силе раздражителя, например, физический ответ на словесное воздействие будет ненормальным).

4. Критический подход к обстоятельствам жизни (т. е. критичность к собственному поведению, принятие ответственности за свои мысли и поведение).

5. Адекватность реакций на социальную среду (т. е. в своем поведении человек должен руководствоваться общепринятыми нормами поведения и осознавать, что допустимо в данной ситуации, а что нет; сознательно подчиняться принятым в данной группе нормам или не подчиняться).

6. Чувство ответственности за потомство и близких членов семьи (т. е. жестокая агрессия родителей, особенно матери, в отношении собственных детей воспринимается как психическое отклонение (также и в отношении собственных родителей)).

7. Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств (т. е. для каждого возраста существует свое нормативное поведение, например, подросток, постоянно со всеми не соглашающийся, воспринимается нормально, но если мы встретим пожилого человека, демонстрирующего подростковое поведение, мы решим, что он ненормален).

8. Самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов (т. е. самоутверждение, навязывание собственной воли членам группы в норме возможно до определенной степени; если человек не может остановиться в подавлении других людей, навязывании им своей воли, он воспринимается как ненормальный).

9. Способность планировать и осуществлять свой жизненный путь (т. е. нормальный человек думает о своем будущем и не совершает необдуманных поступков, негативно сказывающихся на его будущем).

Для применения этих критериев клинический психолог должен, во-первых, в целом оценить, соответствует ли поведение человека нормальному; если нет, то предполагается или «условная» норма, или патология. Во-вторых, следует оценить по девяти представленным выше критериям (при нарушении первых двух критериев необходима консультация психиатра, при нарушении любого критерия с третьего по девятый говорят об «условной» норме). Пример приведен в приложении 2.

Клинический психолог при решении практических задач выбирает для каждого случая необходимый подход к норме.

Известно, что условия жизни общества влияют на психическое здоровье каждого индивида. Общество может содействовать развитию личности, сохранению его психического здоровья, а может быть причиной психических нарушений. В то же время здоровье каждого члена общества воздействует на экономическое, социальное и политическое благополучие государства.

Жизнедеятельность человека как живой системы регулируется на трех взаимозависимых уровнях (биологическом, психическом и социальном). Биологическое состояние индивида влияет на социальное, а социальное — на биологическое.

Биологическое (физическое) здоровье зависит от состояния организма, его функций и позволяет полноценно реагировать на воздействия внешнего мира.

Психическое (душевное) здоровье отражает эмоционально-волевой и мотивационно-потребностный компоненты личности, самосознание и осознание ценности собственного здоровья и здорового образа жизни. Психическое здоровье позволяет адекватно реагировать на все изменения внешней и внутренней среды.

Социальное здоровье влияет на роль и место индивида в межличностных отношениях, зависит от моральных норм общества. Социальное здоровье отражает активность индивида как члена общества, проявляется в трудоспособности, форме активного отношения к миру. Формируется под влиянием социального окружения (родителей, друзей, коллег) и отражает социальные ресурсы, межличностные контакты.

В здоровом обществе вырастают здоровые индивиды, чувствующие себя уверенно и комфортно в любом обществе. Личность, постоянно самосовершенствующаяся, способна адекватно отвечать на внешние воздействия и оставаться здоровой физически, психически и социально.

Социальное и психическое здоровье проявляются в творчестве. Элементы творчества в работе подразумевают здоровую личность. Инициатива, индивидуальные познания, отражающиеся в работе, являются источником удовлетворения от работы.

Работа может вызывать позитивные чувства (нужности, ценности, принадлежности к обществу), укреплять здоровье, раскрывать возможности личности. Развитие внутреннего мира, творческих способностей способствует укреплению здоровья индивида.

Таким образом, в клинической психологии в настоящее время нет единого, четкого определения психической нормы; осмысляются, уточняются, дополняются лежащие в основании этого понятия критерии, проводятся научные исследования и дискуссии, уточняющие теоретические и практические аспекты психической нормы.

2.3. Психология здоровья

Психологией здоровья называют науку, изучающую психологические причины здоровья, методы и средства его сохранения, укрепления и развития. Психологией здоровья также называют дисциплину, исследующую возможности профилактики и сбережения здоровья, предотвращение болезней, особенности поведения, способствующие возникновению нарушений.

Некоторые исследователи считают поведенческую медицину и психологию здоровья частью клинической психологии.

Объектом психологии здоровья является здоровый, а не больной человек. Сохранение, укрепление и развитие здоровья (с ориентацией на психологические знания) является основным вопросом психологии здоровья. Здоровье в этом контексте представляется в единстве духовного и социального, и тогда соматический фактор является необходимым условием полноценного выявления возможностей человека, его самоактуализации, саморазвития, самопознания. В связи с этим основной целью психологии здоровья является всестороннее совершенствование человека.

В основе психологии здоровья лежит гуманистическая психология, которая способствует созданию единой концепции здоровья, где физическое и психическое здоровье представлены взаимозависимыми от высших ценностей, целей и потребностей человека. При создании индивидуальной программы оптимизации здоровья необходимо опираться на знание клинической и общей психологии и, возможно, кардинально изменить собственные привычки, поведение, отношения.

Важным критерием психологии здоровья является качество жизни. Качество жизни (англ. — quality of life, нем. — lebensqualitat) — характеристика особенностей жизни населения, выявляющая уровень достоинства и свободы личности каждого человека. ВОЗ дает следующее определение качества жизни: восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни обуславливается физическими, социальными и эмо-

циональными компонентами жизни человека, важными для него и влияющими на него.

Организация Объединенных Наций выделяет несколько категорий качества жизни, при этом на первом месте стоит здоровье. Следовательно, здоровье является интегральной характеристикой физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, зависимой от его субъективного восприятия. Также ВОЗ созданы критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

- 1) физические;
- 2) психологические;
- 3) уровень независимости;
- 4) общественная жизнь;
- 5) окружающая среда.

На качестве жизни отражаются переживания, затрагивающие окружающую социальную среду; можно сказать, что качество жизни представляет интегрирующую систему качества культуры, экологии, образования, социальной, экономической и политической ситуации в обществе.

Отношение к здоровью объединяет в себе индивидуальное, избирательное отношение личности с окружающей действительностью, которая может способствовать или угрожать здоровью, и специфическую оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Показателем здоровья и качества жизни индивида может служить удовлетворенность разнообразными сторонами жизнедеятельности и взаимосвязь с психической адекватностью личности.

Психология здоровья, в зависимости от направленности, может рассматриваться как проблема, контент научной и практической деятельности клинических психологов, способствующая охране и укреплению здоровья индивидов. Эта деятельность решает разнообразные задачи, такие, как профилактика, лечение, реабилитация и консультация.

Психология здоровья также понимается как культура жизнедеятельности человека, как психология здорового образа жизни, на которую влияет общество и качество жизни. Это индивидуальное обязательство человека по отношению к своему здоровью.

Психология здоровья как психологическая дисциплина рассматривает психическое здоровье не как отсутствие дезадаптации, а как постоянное саморазвитие и самосовершенствование; психическое

здоровье понимается как наличие определенных достоинств личности, а не как отсутствие недостатков.

Такая позитивная установка психического здоровья рассматривает возможности роста, развития, самореализации индивида, способность руководить своими действиями и поступками, совершенствующую систему ценностей, адекватность восприятия себя и окружающих.

Психология здоровья рассматривает специфические характеристики здоровой личности:

1) личностная зрелость характеризует развитие самоконтроля и адекватность реакций;

2) способность ставить реальные цели является основой адекватного поведения;

3) духовная ориентация, подразумевающая самоконтроль и самонаблюдение своего «Я»;

4) идентичность мыслей, чувств и поступков;

5) ответственность и свобода;

6) конгруэнтность личности — соответствие поведения внутреннему миру;

7) стремление личности к самовыражению.

Психология здоровья как наука опирается на исследования клинической психологии и валеологии; специалистами этой области становятся психологи, прошедшие подготовку в области психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.

Еще древние говорили, что «все болезни от нервов»; в настоящее время известно, что многие нарушения возникают в связи со специфическим образом мыслей, чувств, отношением к жизни. Отношение к жизни — многоликое понятие, включающее в себя установки и отношения личности к себе и к окружающей действительности. Все наши чувства и переживания отражаются на здоровье (положительно или отрицательно — зависит от ожидания и установок индивида).

Субъективное отношение играет большую роль в формировании настроения. Доказано, что часто встречающиеся отрицательные установки являются факторами риска возникновения различных нарушений. К наиболее типичным относят эмоциональную лабильность, которая проявляется в остром реагировании как на отрицательные, так и на положительные факторы. Изменения настроения говорят о его невысоком уровне и могут возникать как под воздействием внутренних факторов, так и в связи с трансформацией значимых для индиви-

да условий. При возникновении определенного настроения может не осознаваться его причина; оно воспринимается как беспричинное. Определение детерминации эмоций может способствовать психическому здоровью.

Последствием воздействия стресса может быть подавленное настроение, глубина которого также может не осознаваться. В таком случае психологическая помощь должна способствовать преодолению стресса.

Увеличивают риск возникновения отрицательных эмоций, способствующих появлению заболеваний, и определенные жизненные обстоятельства, к которым можно отнести неблагоприятное детство, дискомфортные межличностные отношения, утрату близких, потерю работы, социальное отвержение, выход на пенсию, серьезную болезнь, разрушение идеалов, планов, надежд.

Известно, что суицидальная активность увеличивается в период депрессии. Удовлетворенность браком и здоровьем способствует формированию положительного отношения к своей жизни. Опосредованное влияние на удовлетворение жизнью оказывает удовлетворение потребностей. Чувство удовлетворенности жизнью, как показали исследования, в большей мере влияет на преобладающее настроение и психическое состояние. Положительное эмоциональное состояние зависит от специфичности реагирования на возникающие проблемы и от способности совладания с ними.

Осознание индивидом своего благополучия или неудачи зависит от социодемографических, возрастных, половых, индивидуальных и других особенностей личности, которые необходимо изучить и описать, что и является еще одной задачей психологии здоровья.

Возможности адаптации зависят от психического и соматического здоровья и влияют на благополучие индивида. Адаптация является существенной характеристикой живой материи, она свойственна всем формам жизни. Адаптации посвящено множество исследований, выделяют различные виды адаптации (биологическая, физическая, физиологическая, химическая, социальная, психологическая и др.).

На механизмы адаптационных процессов влияют психологические, биохимические и другие факторы адаптации. В психологии здоровья ограничиваются исследованием адаптации, возникающей в процессе индивидуальной жизни организма, т. е. онтогенеза. Индивидуальная адаптация зависит от генотипа, наличия видовых признаков, закрепленных генетически и передающихся по наследству.

В процессе генотипической адаптации, основанной на наследственной изменчивости, мутации и естественного отбора сформировались современные виды животных.

Тем не менее генетическая программа каждой особи предполагает не запрограммированную адаптацию, а возможность ее осуществления в процессе взаимодействия с окружающей средой. Наследственно передается возможность демонстрации определенной реакции в ответ на определенные изменения окружающей среды (так называемая норма реакции), а не жесткие реакции на воздействия внешней среды.

Такая пластичность дает возможность обеспечить относительное постоянство видоспецифических характеристик, т. е. способствовать поддержанию гомеостаза, независимо от различных условий существования отдельных особей. По А. С. Северцову, нормой реакции называют пределы, в которых может изменяться фенотип без изменения генотипа. О норме реакции в процессе развития индивида можно говорить в отношении изменяющихся условий среды: температуры, давления, влажности и т. п. Широкая норма реакции присутствует практически во всех онтогенетических реакциях, называемых модификациями, в физиологических реакциях и во множестве поведенческих реакций.

Существует понятие «норма адаптивной реакции» (пределы изменения в процессе действия определенных факторов внешней среды, которые не разрушают существующие структурно-функциональные связи).

Потеря способности к адаптации показывает превышение нормы адаптивной реакции в процессе взаимодействия с внешней средой.

Фенотипической адаптацией называется адаптация, совершающаяся в процессе индивидуальной жизнедеятельности организма в окружающей среде. В индивидуальном организме происходят изменения, не передающиеся по наследству, но позволяющие следующим поколениям быстрее адаптироваться к новым условиям с помощью не определенных реакций, а потенциальных возможностей этих реакций.

Индивидуальный организм каждого человека можно представить в виде биосоциальной модели с безграничными возможностями адаптации к внешней среде. Люди адаптируются к большим физическим нагрузкам, высокой и низкой температуре, хорошей и плохой освещенности и т. п. Исследования демонстрируют, что адаптированный организм лучше справляется с неблагоприятными влияниями окружающей среды, чем неадаптированный. Адаптированный организм легче пере-

носит стрессовые (как физиологические, так и психологические) воздействия и при определенной мотивации или в чрезвычайных ситуациях может показать функциональную активность, не предполагавшуюся в спокойном состоянии. Резервы человеческого организма недостаточно изучены, но доказано, что адаптированный индивид имеет больший потенциал адаптации и лучше его использует.

Адаптационными резервами называют способности клеток, органов, систем и целого организма выдерживать разнообразные нагрузки, адаптироваться к ним, сокращая их влияние на организм и сохраняя определенную степень эффективности деятельности человека.

Существуют структурные (или морфологические) и функциональные резервы.

Структурными резервами называют такие особенности строения частей организма (клеток, тканей, органов), которые при различных воздействиях сохраняют структуру данных частей и от возможностей которых зависят функциональные резервы. Например, парность органов является структурным резервом организма (при повреждении одного органа из пары другой берет на себя функции обоих). Резистентность клеток и тканей к трансформациям внутренних и внешних условий также можно отнести к структурным резервам организма.

Функциональными резервами выступают возможности изменения функций частей или всего организма, их взаимовлияние, способствующие адаптации к экстремальным нагрузкам внутренней и внешней среды (это проявляется в регуляции скорости и интенсивности клеточного и тканевого процессов обмена, протекания физиологических реакций, улучшении физических и психических качеств, осуществлении новых или совершенствовании имеющихся умений).

Функциональные резервы организма можно разделить на три категории: биохимические, физиологические и психические (психологические).

Биохимические резервы связаны с биохимическими процессами, влияют на их скорость и объем, зависят от метаболизма и его регуляции. Эти резервы обуславливаются возможностями энергетических систем организма и биохимическими процессами, способствующими возобновлению энергетических ресурсов и восполнению разрушенных при адаптации структур. Возобновление работающих структурных и ферментных белков, повышение количества тканей, осуществляющих метаболизм, особые структурные преобразования приводят к повышению структурных резервов организма. Вследствие мобилиза-

ции и взаимодействия биохимических резервов в период адаптации поддерживается динамическое постоянство внутренней среды организма. При скоплении продуктов обмена веществ задействуются гуморальные механизмы поддержания гомеостаза. Следовательно, биохимические резервы поддерживают, кроме энергетического и пластического обменов, гомеостаз организма на клеточном и тканевом уровнях.

Физиологические резервы зависят от способности органов и систем органов совершать функциональную активность и взаимодействовать между собой для создания оптимального в данных условиях функционирования организма. Физиологические резервы — это органы, системы органов и функции, способствующие поддержанию гомеостаза, взаимодействию с входящей информацией и регуляции вегетативной системы и движений. Изменения физиологических функций, происходящие в адаптационный период при изменении внешней среды и минимизации изменений во внутренней среде, используются организмом как резервы адаптации.

Психические (психологические) резервы рассматриваются в связи с изменениями психических процессов (памяти, внимания, мышления, эмоций), влияющих на поведенческие акты и специфику психологической и социальной адаптации. Психические резервы можно назвать связующим звеном функциональных потенциалов между организмом и внешней средой. В этом плане психические резервы являются условием, определяющим надежность деятельности, возможности эффективного и качественного решения любых задач в чрезвычайных условиях.

Функциональные резервы организма можно рассматривать как сложную структуру организма, представленную в виде пирамиды, где основанием являются биохимические, а вершиной — психические резервы организма. Пронизывают всю пирамиду функциональные резервы (за счет механизмов нейрогуморальной регуляции).

Структурообразующим компонентом является результат деятельности или результат адаптации. Недоступность результата или его недостаточность способны как способствовать созданию системы функциональных резервов, так и разрушать ее, завершать функционирование при участии воли, установок и ценностных ориентаций.

Структура функциональных резервов организма внутренне взаимообусловлена. Биохимические резервы осуществляют основные процессы, способствующие работе физиологических резервов, которые с помощью нейрогуморальной регуляции воздействуют на функ-

ционирование биохимических резервов. Физиологические резервы являются основой психических резервов, которые зависят от работы центральной нервной системы, формируются и действуют в зависимости от социальной мотивации. Психические резервы активируют физиологические резервы.

В соответствии с теорией функциональных систем П. К. Анохина единичная демонстрация скрытых возможностей организма не оценивается как резерв. Взаимодействие этих отдельных возможностей с результатом всей деятельности дает основание рассматривать их как резерв адаптации. Следовательно, функциональными резервами адаптации можно назвать такую трансформацию функциональной активности структурных компонентов организма, которая способствует формированию адаптации. Итогом этого приспособления является не изменение функционирования различных элементов организма, а интегральное образование, способствующее формированию специфической организации физиологических и биохимических процессов, необходимых для достижения адаптации.

В адаптационном процессе создается и изменяется система функциональных резервов, особенности которой зависят от уровня и характера приспособления организма, его половых, возрастных и конституциональных особенностей. В этом процессе происходит взаимодействие всей системы функциональных резервов. Взаимодействие может быть двусторонним (положительным и отрицательным) или односторонним (только положительным и только отрицательным). Сенсорные системы, например, оказывают на двигательную систему активирующее или угнетающее влияние, а на систему поддержания гомеостаза — только активирующее воздействие. Мышечная система оказывает положительное влияние на систему поддержания гомеостаза и отрицательное воздействие на систему организации движений.

Понятие «качество жизни» появилось 60–70-х гг. XX в.; тогда обратили внимание на материально благополучных, но несчастливых людей (до этого считалось, что счастье зависит от материального обеспечения).

Качество жизни можно изучить с помощью объективных условий и субъективного отношения. Объективные условия предполагают анализ объективных индикаторов, которые объединены в 12 групп:

1. Демографические особенности.
2. Санитарно-гигиенические условия жизни.
3. Потребление продуктов питания.

4. Условия жизни (место и условия проживания).
5. Образование и культура.
6. Трудовая деятельность.
7. Доходы и расходы.
8. Стоимость жизни и потребительские цены.
9. Транспортные средства.
10. Организация досуга, физическая активность.
11. Социальное обеспечение.
12. Свобода человека.

Субъективное качество жизни связано с субъективной удовлетворенностью жизнью, ощущением благополучия и счастья; его можно исследовать через изучение эмоций, чувств, когнитивных, отношений, ценностных ориентаций (например, опросник Ш. Шварца по изучению ценностей личности). Также субъективное качество жизни является синонимом психологического благополучия. К. Рифф разработал опросник «Шкала психологического благополучия». Для российской выборки он адаптирован Т. Д. Шевеленковой, П. П. Фесенко; в него включены шесть шкал психической жизни:

- самопринятие (позитивное отношение к себе);
- позитивные отношения с окружающими;
- автономия (самостоятельность и независимость);
- управление окружением (уверенность в своем мастерстве и компетентности, контроль внешней деятельности);
- цель в жизни (смысл жизни, чувство направленности);
- личностный рост (самореализация).

Таким образом, качество жизни связано с психологическим благополучием, которое зависит в том числе от психического и психологического здоровья.

Психология здоровья как научная дисциплина практической направленности способствует расширению границ возможностей восприятия и адаптивного поведения индивида в окружающей действительности. Увеличение этих границ ставит вопрос осознания неизведанных способностей человека, побуждающих к полноценной, в соответствии с неизведанным потенциалом психики, жизни с ориентацией на взгляды гуманистической психологии.

Невозможно точно определить цель психологии здоровья, как невозможно достичь совершенства индивида; в наших силах только «задать направление», создать условия, способствующие бесконечному самосовершенствованию.

В качестве новых сфер изучения психологии здоровья можно принять следующие: внутренняя картина здоровья, психологические факторы, способствующие укреплению и развитию здорового индивида, возможности психики человека в сохранении, укреплении и развитии здоровья, обучение здоровью.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Раскройте категории здоровья и болезни.
2. Расскажите о психическом здоровье как критерии успешности (или деградации).
3. Раскройте проблемы нормы и патологии.
4. Как вы понимаете устойчивость границ нормы: психопатология обыденной жизни, пограничные и транзиторные расстройства?
5. Расскажите об адаптационной концепции нормы.
6. Что такое психология здоровья, подходы к здоровью?
7. Что такое морфологические и функциональные резервы?

ТЕМА 3 ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Учебные вопросы:

- 3.1. Возникновение патопсихологии.
- 3.2. Патопсихологические синдромы.
- 3.3. Патопсихологические исследования.

3.1. Возникновение патопсихологии

Разделом клинической психологии, изучающим закономерности распада психической деятельности и свойств личности, называется патопсихология (греч. pathos — страдание, psyche — душа, logos — учение).

До конца XIX в. психиатры не верили в эффективность психологических исследований, пока в 1879 г. в Лейпциге не появилась созданная В. Вундтом экспериментально-психологическая лаборатория. Психология из философской дисциплины стала экспериментальной и в дальнейшем развивалась в тесном взаимодействии с медицинскими науками. В конце XIX в. на базе известных психиатрических клиник создавались психологические лаборатории, где изучались нарушения психики в сопоставлении с нормой с помощью экспериментально-психологических методов.

В начале XX в. появляются новые дисциплины (патологическая психология и экспериментальная патопсихология), которые в дальнейшем преобразуются в патопсихологию. Нарушения психической деятельности, встречающиеся у пациентов психиатрических клиник, исследовались с помощью психологических методов. Э. Крепелин отмечал, что с помощью психологических методов можно выявить небольшие отклонения психических функций, которые демонстрируют эффективность или неэффективность проводимого психиатрического лечения. Э. Кречмер связывал психические нарушения с типом телосложения.

Патопсихология как самостоятельная область науки в России берет свое начало с работ В. М. Бехтерева, именно он определил ее предмет и задачи — изучение ненормальных проявлений психической сферы, так как они освещают задачи, стоящие перед психологией нормальных людей. Формирование патопсихологии происходило в связи с решением практических вопросов психиатрии.

Большое внимание В. М. Бехтерев уделял исследованию отклоняющегося поведения, изучал генеалогию преступников, особенности социальной среды и воспитания, условия формирования личности преступника. В Санкт-Петербурге в Психоневрологическом институте, которым он руководил, впервые были продемонстрированы принципы патопсихологического исследования, разработаны экспериментально-психологические методики, позволяющие выявлять нарушения психических процессов, некоторые из методик не потеряли своей актуальности, например, сравнение понятий.

В. М. Бехтеревым были сформулированы требования к психодиагностическим патопсихологическим методикам, которые используются и сегодня: простота (любой человек должен выполнить) и портативность (возможность исследования вне стен лаборатории).

Ученики В. М. Бехтерева проводили исследования разных категорий больных, изучали мышление, внимание, речь, ассоциативную деятельность, умственную работоспособность в сравнении со здоровыми людьми аналогичного возраста, пола и образования. Принцип качественного анализа нарушений психической деятельности стал основой отечественной психологии.

В. М. Бехтерев, С. Д. Владычко, В. Я. Анифимов и другие отечественные ученые разработали методики экспериментально-психологического исследования душевнобольных, применяемые в патопсихологии и сегодня.

В Психоневрологическом институте была создана психологическая лаборатория, которой заведовал ученик В. М. Бехтерева А. Ф. Лазурский. В этой лаборатории был разработан и апробирован естественный эксперимент, первоначально созданный для педагогической психологии, способствовавший проведению досуга пациентов клиник института, обучению и трудовой деятельности. А. Ф. Лазурский одним из первых использовал в медицине идеи научной психологии, считал, что высшие уровни психики необходимо изучать персонализированно, большое значение придавал наблюдению.

Большой вклад в становление патопсихологии и применение психометрического метода внесла работа Г. И. Россолимо «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состояниях», в которой было приведено одно из первых патопсихологических тестовых исследований, где по 10-балльной шкале проверялись и оценивались психические процессы. Г. И. Россолимо изучал детскую лич-

ность через поведение и психику, а также через заболевания тела и нервной системы. Установил, что психические функции зависят от соматических заболеваний, заболеваний нервной системы и отклонений поведения (у детей с отклоняющимся поведением наблюдается снижение уровня развития психических функций). С помощью «психологического профиля» он исследовал 22 психические функции ребенка; более известен сокращенный вариант, содержащий 11 функций. Результаты отражались в виде точек на графике, при их соединении линией получался психологический профиль. Изучались внимание, воля, точность восприимчивости, запоминание (прочность восприимчивости), осмысление, комбинаторная способность, сметливость, воображение, наблюдательность (в основе — сравнительный количественный подход).

Еще один ученый, внесший значительный вклад в развитие патопсихологии, — ученик А. Ф. Лазурского В. Н. Мясищев (основатель ленинградской школы психотерапии). Широкую известность получила его концепция личности, в основе которой лежит система отношений человека к себе и к миру, развивающаяся в процессе взаимодействия со средой и сознательного отражения воспринимаемой действительности. Он предложил систематику неврозов (неврастенический, истерический неврозы, невроз навязчивых состояний); на основе психологии отношений ввел понятия психогении и патогенетической психотерапии.

По мнению В. Н. Мясищева, «психологические отношения человека в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Эта система вытекает из всей истории развития человека, она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, его переживания»¹. «Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношения к действительности»². Теория личности В. Н. Мясищева схематично представлена на рис. 2.

Психическую болезнь ученый рассматривает как «болезнь личности» с разрушенной системой отношений, следовательно, для психического здоровья необходима психотерапевтическая коррекция си-

¹ Мясищев В. Н. Психология отношений / под ред. А. А. Бодалева. — М. : Институт практической психологии; Воронеж : МОДЭК, 1995. С. 7.

² Там же. С. 53.

стемы отношений, которую В.Н. Мясищев проводил с помощью патогенетической психотерапии.



Рис. 2. Теория личности В. Н. Мясищева

Л. С. Выготский исследовал развитие и распад высших психических функций в норме и при патологии, он указывал на особую взаимосвязь психических и физиологических процессов, которая демонстрирует качественное своеобразие психики. Психофизиологические процессы, представляющие высшие формы поведения, Л. С. Выготский предложил называть психологическими. Психика — целостная система, следовательно, при выявлении нарушений необходимо исследовать не только патологические симптомы, но и все психические функции. Также он выделял высшие и низшие психические функции, различающиеся по уровню произвольности. Высшие психические функции опосредованы сознанием, а слово служит средством произвольного контроля психической деятельности. Ученый предложил культурно-историческую теорию социальной детерминации психологического развития личности, которая оказала значительное влияние на развитие психологической науки.

А. Р. Лурия, ученик и последователь Л. С. Выготского, продолжал развивать его идеи о системном строении высших психических

функций и прижизненном их формировании. Разработал патопсихологические методы исследования психической деятельности детей с различными формами умственной отсталости. Более известен тем, что является основоположником нейропсихологии.

Патопсихологический эксперимент (предложен Б. В. Зейгарник), являющийся методом патопсихологии, использует диагностическое исследование для создания целостной системы отношений пациента. По ее мнению, необходимо исследовать всего человека, а не его отдельные психические процессы, качественно анализировать механизмы нарушений. Данный эксперимент должен актуализировать личностное отношение, детерминацию психической деятельности.

Б. В. Зейгарник известна как основоположник экспериментальной патопсихологии, которая изучает особенности психических процессов у больных, находящихся в психиатрической клинике. Она выявила, что закономерности функционирования психики при психических заболеваниях и в норме одинаковы, отличаются условия проявления этих закономерностей. Например, и в норме, и при патологии важным условием развития является социальное окружение, но собственная активность больного провоцирует образование патологических симптомов. В формировании картины психического заболевания большое значение имеют психологические механизмы, следовательно, только при воздействии на них возможно уменьшение выраженности симптомов вплоть до ремиссии и полного выздоровления. Также Б. В. Зейгарник теоретически и экспериментально доказала, что распад психики происходит совершенно по другим механизмам, чем развитие. Исследуя патологию мышления, она создала систематизацию нарушений мышления, которая актуальна и сегодня.

С. Я. Рубинштейн является автором большого числа патопсихологических методик; совместно с Б. В. Зейгарник заложила фундамент отечественной патопсихологии. Сформулировала основные принципы построения патопсихологического инструмента:

1. Моделирования обычной психической деятельности.
2. Направленности на качественный анализ.
3. Точной и объективной регистрации фактов.

С. Я. Рубинштейн настаивала на создании психологической службы в психиатрических клиниках и подготовке медицинских психологов.

Девяностые годы XX в. стали тяжелыми годами для российской науки; были закрыты институты и экспериментальные лаборатории,

многие ведущие ученые уехали из страны. В настоящее время многие научно-исследовательские центры (Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, Научно-исследовательский институт психотерапии и клинической психологии, Лаборатория клинической психологии и психотерапии Московского института психиатрии; научный центр психического здоровья Российской Академии медицинских наук и др.) проводят многочисленные исследования в области клинической психологии. Увеличилось количество патопсихологических исследований в судебных экспертизах, создаются новые патопсихологические методы диагностики, исследования в области коррекции и реабилитации людей с психическими заболеваниями.

Изучение патопсихологических изменений происходит в сопоставлении с нормой, что является основным отличием патопсихологии (как психологической науки) от психопатологии как области психиатрии, анализирующей патологию психики на основе общеклинических знаний. Патопсихология исследует особенности протекания и изменения структуры психических процессов, приводящих к видимым симптомам.

Патопсихологические исследования позволяют проводить дифференциальную диагностику нарушений психики, устанавливать степень выраженности психического дефекта, оценивать эффективность проводимого лечения в зависимости от психического состояния пациентов, анализировать сохранные стороны личности и компенсаторные возможности, создавать индивидуальную программу реабилитации.

Объектом патопсихологического изучения считаются нарушения психической деятельности и свойств личности при различных расстройствах, как психических, так и соматических. Предметом являются закономерности этих нарушений или закономерности распада психики в сравнении с нормой, также предметом могут быть предшествующие расстройству патопсихологические особенности.

Экспериментальные психологические исследования проводились и проводятся для дифференциальной диагностики психиатрических заболеваний, наблюдения за эффективностью лечения. В школе В. М. Бехтерева зародились психотерапевтические методы, повышающие качество жизни психиатрических больных.

Патопсихологические методы широко применяются в психолого-психиатрических, медико-психолого-педагогических и психологических экспертизах.

3.2. Патопсихологические синдромы

Патопсихология одной из задач диагностики считает дифференциальную диагностику психических нарушений и выделение ведущего патопсихологического синдрома. И. А. Кудрявцев, проводя судебно-психиатрическую экспертизу и применяя патопсихологические методики, описал патопсихологические синдромы (шизофренический, экзогенно-органический, олигофренический, психопатический и синдром психогенной дезорганизации).

Синдромом называют определенную совокупность симптомов, патопсихологические синдромы проявляются в виде нарушений отдельных психических процессов (симптомов).

В зависимости от особенностей возникновения, всю патопсихологическую симптоматику условно можно разделить на позитивную и негативную. Позитивные (продуктивные, плюс-симптомы) появляются в виде патологических «продуктов» психики, которых в норме быть не должно (к ним относят бред, галлюцинации, навязчивые идеи и другие патологические проявления). Негативные (дефицитарные, минус-симптомы) проявляются в виде выпадения или значительного ухудшения психических функций (к ним относят значительное снижение памяти, снижение интеллекта, значительное снижение внимания и другие аналогичные ухудшения). По мнению психиатров, продуктивная симптоматика может изменяться и поддается терапевтической (фармакологической) коррекции, негативная симптоматика очень плохо поддается коррекции, сложно восстановить то, что уже потеряно.

Одной из задач клинической психологической диагностики является установление патопсихологического диагноза на основе целостного анализа психической деятельности человека. Психика выступает регулятором поведения и включает в себя три вида процессов — познавательные, эмоциональные и волевые. Соответственно необходимо исследовать:

1. Познавательную деятельность, происходящую на двух уровнях — чувственном, включающем ощущение и восприятие, и рациональном, состоящем из мышления, памяти, внимания, представления, воображения, интеллекта.

2. Эмоциональная сфера включает в себя анализ эмоциональных процессов, состояний и свойств.

3. Мотивационно-волевые процессы чаще всего анализируются в процессе сбора анамнеза, беседы и наблюдения.

В процессе взаимодействия с диагностируемым психолог собирает определенные факты, анализирует и синтезирует полученные данные, делает выводы о характеристиках психики, формулирует патопсихологический диагноз, патопсихологический симптомокомплекс.

При выборе психодиагностических методик необходимо учитывать возрастные, культурные, этнические особенности, уровень образования, семейное положение, личностные и особенности и особенности заболевания. Для постановки патопсихологического диагноза рекомендуется применять стандартизированные и нестандартизированные методики, пытаться качественно интерпретировать количественные результаты, при этом интерпретация должна соответствовать данным наблюдения за поведением, личностными и эмоционально-волевыми особенностями во время проведения исследования и анамнезу. Примерные вопросы для сбора психологического анамнеза приведены в приложении 3.

Со временем возможно изменение патопсихологического синдрома в зависимости от формы нарушения, степени дефекта и других особенностей. В настоящее время наиболее известными являются синдромы, описанные ниже.

Шизофренический (диссоциативный) симптомокомплекс характеризуется распадом мыслительных процессов, что проявляется в бесцельной мыслительной деятельности, «актуализации латентных признаков предметов и явлений», а также «искажении и обеднении эмоционального реагирования», снижении уровня мотивационной активности. Отмечается своеобразное изменение личности, связанное со снижением активности всех психических процессов и постепенным «уходом в себя». У больных с шизофреническим симптомокомплексом встречаются неспецифические симптомы (бред, галлюцинации, депрессия, мания и др.) и специфические (рассогласование мышления, эмоций, моторики).

В психологической диагностике данного симптомокомплекса выделяются специфические расстройства мышления, эмоций, психической активности.

Мышление своеобразное, на первый план выступают второстепенные понятия и суждения, больной не видит значимых признаков, снижается уровень обобщений, вместо общих признаков человек оперирует конкретными. Искажение процесса обобщения проявляется в опоре на латентные, несущественные признаки. Суждения могут быть внутренне противоречивыми, но человек этого не замечает, по-

тому что из-за одновременной реализации нескольких целей возникает разноплановость. Случайные, неадекватные ассоциации выявляются в пиктограммах больных шизофренией (чрезмерно отвлеченные, абстрактные значки). Для выявления нарушений мышления можно использовать следующие методики: классификация предметов, исключение понятий/предметов, пиктограммы.

В эмоциональной сфере отмечаются амбивалентные переживания, неадекватность, обеднение эмоций. Постепенно эмоции становятся менее выраженными, пациентов перестают интересовать события в мире, семье, на работе, возможна полная апатия к окружающему и даже к себе. Кроме обеднения, возможны парадоксальные эмоциональные реакции, например, пациент смеется, когда рассказывает грустную историю. Отмечается отсутствие эмоциональной значимости, оскудение эмоциональной сферы, часто встречается патологический страх. В эмоциях, поведении, действиях могут одновременно проявляться противоположные переживания (схизис).

Психическая активность снижается, нарушается целостность функционирования психики, появляется чувство отчуждения собственных психических процессов, «навязывания» мыслей, идей другими людьми. Невозможно обнаружить побудительные силы поведения, оно часто импульсивно, непредсказуемо, может представлять общественную опасность.

Олигофренический психологический синдром выявляется при исследовании возможностей обучения, абстрагирования, общего объема знаний, проявляется в примитивности и конкретности мышления, внушаемости и эмоциональных нарушений. Олигофрения (от греч. *oligophrenia* — малоумие, врожденное слабоумие, умственная отсталость) — группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности. В первую очередь, психическое недоразвитие проявляется в интеллектуальной недостаточности и характеризуется синдромом относительно стабильного, непрогрессирующего слабоумия, также отмечается недоразвитие и других свойств — эмоциональности, моторики, восприятия, внимания.

Отмечаются нарушения восприятия (особенно сходных предметов, образов). Страдает произвольное внимание, оно быстро истоща-

ется. В нарушениях памяти отмечается снижение объема и произвольности, целенаправленности заучивания. Преобладает конкретное мышление, отсутствует понимание причинно-следственных связей (т. е. абстрактное мышление). Нарушаются все стороны мышления, выделенные Б. В. Зейгарник, наблюдается низкий уровень обобщения, снижение динамики (тугоподвижность), критичности. Критика к собственным мыслям и действиям отсутствует, также отсутствуют планирование и самоконтроль.

Органический (экзо- и эндогенный) синдром проявляется сниженным интеллектом, распадом прежних знаний, снижением памяти, внимания, критических способностей, нарушениями структуры мышления, эмоциональной лабильностью.

Экзогенно-органический синдром возникает вследствие органических заболеваний головного мозга (от менингитов, черепно-мозговых травм до дегенеративно-атрофических психических нарушений). Основное проявление — расстройство когнитивных процессов. Встречаются различные варианты экзогенно-органического синдрома — мнестический, ригидный и лабильный. У больных отмечаются моторная расторможенность, сниженная работоспособность; выражена истощаемость. В процессе исследования встречаются отказы от решения более сложных задач и обвинение окружающих в собственных неудачах.

Восприятие и внимание характеризуются снижением объема, встречаются нарушения памяти, чаще на текущие события, возможны амнезии и конфабуляции. Отмечаются замедление темпа мышления, снижение мыслительной активности, стереотипность ассоциаций; нарушение целенаправленности, контроля и критичности мышления; бедная речь, встречается шаблонность, нарушение как устной, так и письменной речи. При рисовании возможно увеличение отдельных деталей, неровный или разорванный контур. Эмоции также отличаются бедностью, инертностью, но носят адекватный характер. Возможно нарушение иерархии мотивов с преобладанием низших, примитивных. Нарушена работоспособность в виде сниженного темпа и повышенной истощаемости, отказа от решения сложных заданий. На фрустрацию реагируют гневом на условия или ситуацию.

Эндогенно-органический симптомокомплекс встречается при эпилепсии, атрофических процессах головного мозга и др. Проявляется низкой переключаемостью, инертностью психических процес-

сов, склонностью к детализации, специфическими изменениями эмоциональной и мотивационной сфер, а также непониманием юмора.

Для эпилепсии характерны изменения личности в виде злопамятности и чувства обиды или ревности. Встречается двуличие — больной строит варианты мести, при этом демонстрирует доброжелательное отношение. Отмечается детализированность, человек обращает внимание на детали, а не на целостный образ. Кроме этого, внимание характеризуется сниженным объемом, затрудненным распределением и переключением. Память характеризуется чрезмерной фиксацией на деталях. Мышление отличается обстоятельностью, вязкостью, тугоподвижностью, встречается резонерство, носящее нравоучительный характер, нарушение критичности мышления (игнорирование своей болезни). В речи характерно постоянное возвращение к уже сказанному для детализации, использование уменьшительно-ласкательных суффиксов, при этом письменная речь отличается педантичностью, аккуратностью. Отмечается рассогласование уровня притязаний и реальных возможностей, снижается критичность.

Для атрофических процессов головного мозга характерно медленное прогрессивное (постепенно прогрессирующее) течение (сосудистые деменции, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, болезнь Паркинсона и др.). К патопсихологическим нарушениям при атрофических процессах головного мозга относятся снижение продуктивности психической деятельности, снижение активности, преобладание негативных эмоций. Отмечаются снижение работоспособности, повышенная отвлекаемость, неравномерный темп работы. Характерно снижение мнестических процессов, нарушается критичность мышления, отмечается быстрая утомляемость. Эмоциональная сфера характеризуется слезливо-раздражительными или депрессивными состояниями, на фоне прогрессирующего распада психических процессов наблюдается и распад эмоциональной сферы в виде эмоционального опустошения, обеднения. Снижаются мотивация и критика, появляется пассивность, снижаются интересы и потребности, появляются эгоцентризм, подозрительность. Больные перестают следить за своим внешним видом, безразличны к окружающему. Происходит «заострение» характерологических черт.

Психопатический синдром присущ реактивным психозам, которые представляют собой разнообразные в клиническом отношении расстройства психотического уровня, начинающиеся в результате

действия психических травм, превышающих компенсаторный потенциал человека. Расстройства этой группы относят к функциональным нарушениям, что говорит об их обратимости. Для реактивных психозов характерны продуктивная психопатологическая симптоматика, интенсивные нарушения психических функций, сопровождающиеся утратой критики и дезадаптированным поведением. Встречаются реактивные психозы как последствия сильных психических травм, связанных с угрозой жизни, с воздействием на биологические инстинкты, что не всегда осознается.

Психопатией называют стойкие нарушения личности, проявляющиеся расстройствами эмоционально-волевой направленности и специфическим мышлением, преимущественно аффективным. Личностные аномалии обнаруживаются в детском возрасте и остаются практически неизменными в течение жизни, определяют структуру личности и мешают адекватной социальной адаптации. Психопатия не рассматривается как болезнь, а считается аномалией характера. При патопсихологическом исследовании обнаруживаются нарушения мышления, связанные с неспособностью прогнозирования, некритичностью, отсутствием опоры на собственный опыт. В зависимости от преобладания расстройств в сфере мышления, эмоций и воли выделяют различные виды психопатий: шизоидная, психастеническая, паранойяльная (доминируют нарушения мышления); эпилептоидная, возбудимая, циклоидная, истерическая (выделяются аффективные расстройства); неустойчивую и психопатию с нарушениями влечений относят к преобладанию волевых изменений.

Синдром психогенной дезорганизации проявляется в виде неврозов или невротических реакций. Невроз — «психогенное функциональное расстройство личности, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, а также нарушениями поведения и нейровегетативной регуляции внутренних органов. Невроз является следствием неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта», сформированного вследствие совмещения психической травмы и личностных особенностей. В. Н. Мясищев выделил три вида невротического конфликта:

- неврастенический,
- истерический,
- обсессивно-психастенический.

Существуют диагностические критерии неврозов:

1. Наличие психотравмирующей ситуации, по времени совпадающей с появлением первых симптомов.
2. Невротические особенности личности.
3. Неразрешимый внутриличностный мотивационный конфликт.
4. Симптомы, проявление которых взаимосвязано с интенсивностью психологического конфликта.

Внимание при неврозе характеризуется снижением устойчивости, переключаемости и концентрации.

Неврастения возникает при столкновении возможностей личности с требованиями к себе, обсессивно-психастенический конфликт появляется, когда возникает противоречие между внутренними потребностями и долгом или нравственными позициями. Истерия связана с конфликтом между претензиями личности и окружающими условиями.

Наиболее распространенной формой неврозов является неврастения, которая при патопсихологическом обследовании проявляется в виде низкой познавательной активности, низкой работоспособности, быстрой истощаемости. Снижаются концентрация, произвольность и устойчивость внимания. Произвольная и оперативная память ухудшаются, больной не может сосредоточиться. Для мышления характерны ригидность, быстрая истощаемость и низкая продуктивность, при этом содержание мыслительных процессов не нарушается. Эмоциональная сфера характеризуется «раздражительной слабостью», быстрым истощением эмоциональных реакций. Появляются противоречия между завышенными требованиями к себе и возможностями личности («хочу, но не могу»).

Истерический невроз также называют диссоциативным, или конверсионным расстройством; он может характеризоваться психическими, соматическими, аффективными нарушениями. Такие больные имеют желание постоянно быть в центре внимания, эмоционально лабильны, демонстративны и внушаемы. Истерический невроз называют «обезьяной всех болезней», следовательно, его проявления разнообразны и переменчивы. Отмечаются эгоцентризм, завышенные претензии к окружающим, недооценка возможностей и условий («хочу, но не дают»).

Обсессивно-психастенический невроз (обсессивно-фобический, невроз навязчивых состояний) характеризуется возникновением навязчивых мыслей или действий, не поддающихся контролю созна-

ния. Происходит рассогласование потребностей и возможностей их реализации («хочу, но не могу себе позволить»). Больные критичны к своему состоянию, понимают их неадекватность, хотят от них избавиться, но не могут, что вызывает беспокойство. Определенные действия (ритуальные), по мнению больных, снижают беспокойство, но со временем их становится все больше, и они также начинают вызывать беспокойство. Отмечается снижение психической деятельности; повышаются тревожность и психическая напряженность. В эмоциональной сфере отмечаются высокий уровень психоэмоционального напряжения, патологическая тревога и страх, повышенная раздражительность. Отмечается неуверенность, сниженная самооценка, социальное избегание.

При патопсихологической диагностике недостаточно выявления ведущего психопатологического синдрома, необходимо отталкиваться от целостности личности, от связи этого синдрома с другими нарушениями, от его динамики. Стоит отметить сохранные стороны личности и психических процессов, выделить зависимость психических нарушений от болезненного процесса.

3.3. Патопсихологические исследования

Патопсихологические исследования — это психологический эксперимент, искусственно создающий условия для выявления патологических особенностей психической деятельности испытуемого. Исследуется психическая деятельность в ситуации эксперимента.

Среди задач патопсихологических исследований наиболее значимыми являются следующие:

1) диагностическая — выявление и квалификация нарушений психических функций, личностных изменений и изучение социальной среды;

2) коррекционная — поддержание и/или восстановление нарушенных психических процессов;

3) экспертная — исследование нарушений психических функций;

4) исследовательская — изучение и анализ данных на основе патопсихологических исследований;

5) профилактическая — предупреждение патопсихологических нарушений с помощью изменения отношения к негативным факторам, а также популяризация патопсихологических знаний.

Патопсихологическое исследование обычно начинается с оценки психического статуса во время беседы с испытуемым; необходимо описать его психоэмоциональное состояние, состояние сознания, понимание себя, места и времени, для этого обычно задают вопросы (например: «как вас зовут?» (ориентация в себе), «какой сегодня день?» (ориентация во времени), «где вы находитесь?» (ориентация в месте), «сколько вам лет?», «как вы здесь оказались?» и т. п.). В психический статус входят описание доступности продуктивного контакта (способность человека слушать, слышать и отвечать на вопросы), ориентация в пространстве, времени и собственной личности.

В любом психологическом исследовании большое значение имеет наблюдение за испытуемым. Формально патопсихологическое исследование состоит из специально подготовленных, имеющих определенную направленность заданий и методов выявления нарушений и изменений психики; обязательно описание ее сохраненных сторон.

Патопсихологические методы можно разделить на стандартизированные и нестандартизированные. Для изучения разных сторон личности и психических особенностей желательно применять совокупность методов. Выбор методик зависит от задачи и экспериментатора; в патопсихологии основным методом является эксперимент, остальные — дополнительные (дополняют или опровергают экспериментальные данные). При выборе методик психолог должен ориентироваться не только на данные анамнеза, уровня образования, физического состояния, настроения, но и отношение к исследованию, к психологу.

Нестандартизированные методы начинаются с наблюдения и подбираются индивидуально для каждого случая. Например, метод классификации предметов К. Гольдштейна (приложение 4) требует обязательной беседы с испытуемым с целью выявления актуальных связей и зависимостей, а также процессов обобщения и отвлечения. Широко известны нестандартизированные методы исследования мышления: «пиктограмма», «незаконченные предложения», «объяснение пословиц и поговорок» и др. При использовании нестандартизированных методов необходимо уметь моделировать определенные ситуации, в которых наиболее ярко проявляются нарушения психической деятельности.

Стандартизированные методы подразумевают однообразие процедур проведения, обработки и интерпретации данных, а также срав-

нение с заданными значениями, например, тест интеллекта Векслера, прогрессивные матрицы Равена, корректурная проба, тест зрительной ретенции Бентона и др.

При патопсихологическом исследовании, в зависимости от отношения пациента к ситуации обследования, могут изменяться продолжительность и последовательность предъявления заранее подготовленных методик, возможен отказ от некоторых методик, позиция психолога должна быть гибкой. Таким образом, психолог должен заранее подготовиться к возможным вариантам поведения обследуемого (учет возможных реакций испытуемого как на проведение исследования, так и на отдельный стимульный материал; не упускать из внимания взаимосвязь внешних стимулов и реакций респондента; всегда иметь альтернативные варианты подготовленных методик).

Патопсихологический эксперимент служит не только основой психодиагностики, но и может являться основой психотерапевтической и психокоррекционной работы. Личностные, характерологические, когнитивные, интеллектуальные особенности необходимо учитывать при проведении психотерапии. К тому же сам контакт с психологом должен оказывать психотерапевтическое воздействие.

Патопсихологический эксперимент способствует выявлению характерных особенностей психической деятельности. Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн выделили принципы построения патопсихологического эксперимента (рис. 3).

Рассмотрим принципы построения психологического эксперимента.

1. Системный качественный анализ нарушений. Б. В. Зейгарник отмечает: «Патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов, а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления¹».

¹ Зейгарник Б. В. Патопсихология : учебник для вузов. 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Юрайт, 2023. С. 39–40.

Принципы построения патопсихологического эксперимента

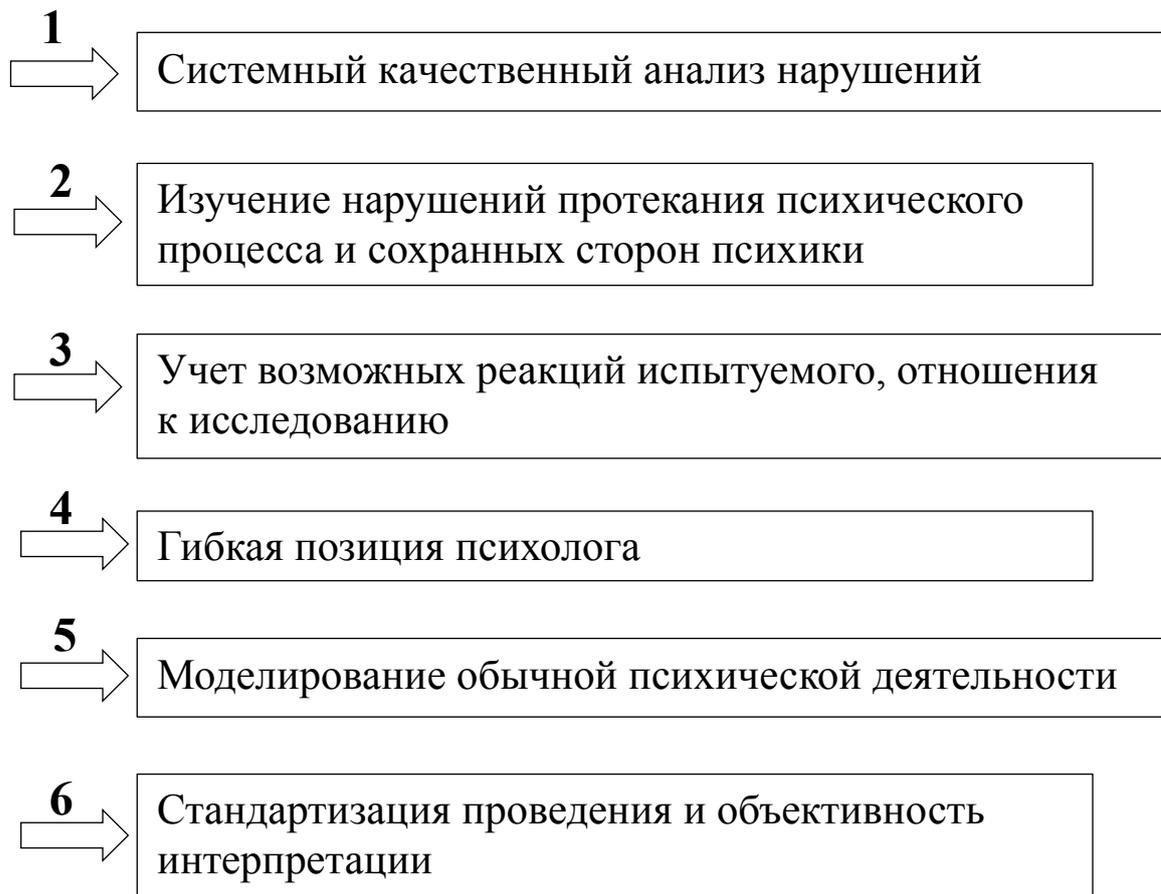


Рис. 3. Принципы построения патопсихологического эксперимента

2. Изучение нарушений протекания психического процесса и сохранных сторон психики. Патопсихологическое исследование должно выявлять структуру не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности, на которые можно опираться в процессе коррекции и психотерапии.

3. Учет возможных реакций испытуемого, отношения к исследованию. Необходимо понимать, что испытуемый может оказаться больным человеком и вследствие своей болезни вести себя неадекватно; психолог должен быть готов к любым реакциям; также из-за болезни, астении, испытуемый, вполне вероятно, не сможет выполнить все задания, приготовленные психологом.

4. Гибкая позиция психолога заключается в «подстраивании» под клиента; если ему не нравится какое-то задание, психолог не должен настаивать, а должен предложить аналогичную методику, которую испытуемый согласится выполнить.

5. Моделирование обычной психической деятельности. Данный принцип показывает возможность выполнения испытуемым предъявляемых методик; для исключения искажения результатов вследствие социальной желательности цели некоторых методик скрывают от клиентов. Например, «Пиктограммы» представляется как методика, исследующая память, но по результатам ее проведения мы выявляем не только особенности памяти, но и особенности мышления, частично личностные особенности.

6. Стандартизация проведения и объективность интерпретации — известный психологический принцип, который говорит о том, что существуют стандартные схемы предъявления методик (для получения реальных данных необходимо его придерживаться). Психологу в процессе беседы не стоит предъявлять различные задания из методик, а потом на их основе делать выводы.

Психологическое заключение не имеет стандартной формы, оно представляет собой ответ на конкретный вопрос, но существуют необходимые моменты, которые должны быть отражены:

1. Паспортная часть, куда входят основные данные об испытуемом, цели исследования, краткий анамнез и жалобы или запрос клиента.

2. Описание выполнения заданий испытуемым (заинтересованность, активность, высказывания, эмоциональные реакции в процессе исследования).

3. Основные результаты исследования должны быть представлены минимум в двух формах — в психологических терминах и в описании, понятном для респондента. В зависимости от задач исследования заключение может содержать характеристику познавательной деятельности, характеристику дефекта, сохранных сторон психики. Далее должно идти описание первичного дефекта, вторичных и третичных нарушений, особенностей эмоциональной, мотивационно-волевой сферы, характерологических особенностей. При описании результатов методик обязательно приводятся полученные баллы. Последний абзац обычно содержит конкретный ответ на поставленный перед психологом вопрос, который соответствует цели исследования и краткий вывод по результатам. В выводе не должно быть психиатрического диагноза, только предположения относительно данного диагноза.

Таким образом, основные принципы построения патопсихологического исследования можно сформулировать следующим образом:

- количественный и качественный анализ психической деятельности,
- исследование личностного отношения,
- изучение нарушенных и сохранных сторон психики,
- исследование психики в ситуациях, моделирующих обычную, ежедневную для исследуемого деятельность.

Патопсихология исследует закономерности распада психических процессов, а также нарушения восприятия окружающего мира при различных нарушениях и заболеваниях. Такие исследования позволяют не только выявить структуру дефекта и сохранных сторон, но также и способствовать созданию индивидуальной программы реабилитации или коррекции.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Дайте определение патопсихологии и психопатологии.
2. Чем занимается патопсихология?
3. Зачем нужны знания патопсихологии в деятельности психолога органов внутренних дел?
4. Расскажите о взаимодействии средовых и биологических (конституционно-генетических) факторов в возникновении нарушений психики.
5. Расскажите о психологических и генетических предикторах риска психических расстройств.
6. Какие прикладные задачи решает патопсихология?
7. Расскажите о роли патопсихологических исследований в системе мультидисциплинарного изучения природы психических и поведенческих расстройств.

ТЕМА 4 ОСНОВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Учебные вопросы:

- 4.1. Возникновение нейропсихологии.
- 4.2. Теория динамической локализации высших психических функций.
- 4.3. Нейропсихологические методы исследования.

4.1. Возникновение нейропсихологии

Первые нейропсихологические исследования можно отнести к концу XIX в., когда были описаны «зона Брока» и «зона Вернике». Нейропсихология зародилась в Европе в 1920–1930-е гг. в недрах неврологии, Наибольшее развитие нейропсихология получила в СССР (в исследованиях Л. С. Выготского и А. Р. Лурии в неврологических отделениях больниц).

Еще в XVII в. мозг представляли как железу, вырабатывающую особый «флюид», или «нервный сок». В XVIII в. итальянский врач, анатом, физиолог, физик Л. Гальвани обнаружил «животное электричество», т. е. электрические явления в нервах. Сегодня в медицине до сих пор используют электрический разряд в дефибрилляторе для лечения нарушений работы сердца.

Нейропсихология — отрасль психологической науки, возникшая на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы психических процессов на материале локальных поражений мозга.

Существует несколько точек зрения о соотношении нейропсихологии и клинической психологии. Немецкий клинический психолог В. Шрамль не считал нейропсихологию частью клинической психологии. В соответствии с другим мнением клиническая психология как научная исследовательская дисциплина включает в себя в качестве основного раздела и клиническую нейропсихологию, которая структурирует воздействие локальных нарушений мозга на поведение человека. По мнению Дж. Тодда и А. Богарта, нейропсихология существует как прикладная дисциплина клинической психологии, которая диагностирует с помощью специфических нейропсихологических методик, изучающих когнитивные и моторные сферы, патологию психической деятельности. Авторы выделяют клиническую нейропсихологию как особое направление психологии, предметом которого считают последствия нарушений центральной нервной системы, прояв-

ляющиеся в поведении, диагностика и восстановление повреждений центральной нервной системы.

Нейропсихологию часто считают разделом клинической психологии, охватывающим особые вопросы. В ряде учебных заведений специалистов по клинической нейропсихологии готовят отдельно от клинических психологов (с углубленным изучением наук, исследующих головной мозг и психику). Сегодня можно сказать, что современная нейропсихология стала самостоятельной, широко востребованной наукой, имеющей специфические цели и задачи, отличающиеся от клинической психологии.

В течение времени изменялись взгляды ученых на локализацию высших психических функций.

Венского врача Ф. Галля волновала проблема соотношения психики и мозга. Он отметил связь отдельных заболеваний с узко локализованными участками мозга. Ф. Галль также занимался краниометрией (измерением черепа) и предположил, что существует связь между физическим строением и психическими особенностями, что уровень интеллекта зависит от размера мозга, а строение мозга отражается на поверхности черепа. В дальнейшем Ф. Галль сделал вывод, что отдельные участки мозга, разрастаясь, не вмещаются в черепную коробку и образуют выпуклости на черепе, по которым можно определить способности человека и его индивидуальные различия. Он выделил 27 «способностей» характеризующих человека, из которых 6 связаны с интеллектом, а 21 — с эмоциями. Ф. Галль является основателем френологии — учения, говорившего о том, что психические «способности» человека локализованы в определенных участках мозга, а участок мозга, отвечающий за свою «способность», является независимым органом.

Бихевиорист К. Лешли — создатель теории (энграмм — следов памяти, сформированных в результате обучения). По мнению К. Лешли, энграмма — участок мозга, в котором хранится определенная память. Он обучал крысу проходить лабиринт, а потом удалял участки мозга, чтобы увидеть, как они влияют на память крысы и прохождение лабиринта. Благодаря исследованиям на крысах он узнал, что забывание зависит от количества удаленной ткани, а не от того, откуда она была удалена. К. Лешли предположил, что удаление определенных областей коры не влияет на поведение (мозг является пластичным); ввел понятие эквипотенциальности. Эквипотенциаль-

ность коры мозга предполагает равноценность участков коры мозга для выполнения любой деятельности организма.

В ответ на узкий локализационизм Ф. Галля психологи Вюрцбургской школы и физиологи М. Флуранц, К. Лешли утверждали, что мозг является однородным целым, его невозможно разделить на части, кора равноценна как любой другой орган, она «производит» психику, как печень — желчь. М. Флуранц обнаружил, что частичное разрушение коры не оказывает влияния на поведение.

Немецкий физиолог и психиатр Х. Бергер около ста лет назад выявил, что мозг генерирует электрические волны. У человека, сидящего с закрытыми глазами, в состоянии пассивного бодрствования доминируют альфа-волны, а при выполнении какого-либо задания при открытых глазах появляются бета-волны. Также он обнаружил, что характер электрических волн меняется при некоторых неврологических заболеваниях, например, эпилепсии. Таким образом, Х. Бергер считается «отцом» электроэнцефалографии, которая до сих пор является методом диагностики очаговых поражений мозга.

В России первые нейропсихологические исследования начались в 20-е гг. XX в. с трудов Л. С. Выготского, но основателем нейропсихологии как самостоятельной области психологии считается А. Р. Лурия. Именно благодаря его исследованиям стало возможным лечить больных с локальными поражениями головного мозга (травмы, ранения, инсульты) и восстанавливать их интеллектуальные и двигательные функции. Благодаря работам А. Р. Лурии была разработана система лечения психосоматических расстройств.

Эклектическая теория локализации психических функций утверждала, что элементарные психические функции имеют определенную локализацию, а высшие психические функции невозможно локализовать.

Сегодня локализацию психических функций рассматривают с позиции системной динамической локализации высших психических функций А. Р. Лурии (см. параграф 4.2).

Нейропсихология анализирует последствия локальных нарушений головного мозга с помощью факторного подхода, а также исследует заболевания головного мозга в зависимости от возраста.

Предпосылками формирования нейропсихологии как самостоятельной научной дисциплины служили:

1) теория функциональных систем П. К. Анохина и концепция многоуровневого построения движений Н. А. Бернштейна, т. е. физиологические теории;

2) концепция Л. С. Выготского о культурно-историческом развитии высших психических функций, на основе которой А.Р. Лурией была предложена идея о системном строении и системной мозговой организации высшей психической деятельности, об изменении мозговой организации в процессе психического развития;

3) достижения в области неврологии, нейрохирургии, патопсихологии в ходе лечения раненых с открытыми и закрытыми черепно-мозговыми травмами в период Великой Отечественной войны.

Нейропсихология — это наука о мозге (neuroscience), которая, объясняет проблемы мозговой организации высших психических функций, взаимоотношения мозга и психики, используя разнообразные экспериментальные методы и методики, развивает теоретические основы мозговых механизмов психических явлений, изучает работу мозга в процессе разнообразной деятельности.

4.2. Теория динамической локализации высших психических функций

Проблема соотношений мозга и психики, биологического и социального была сформулирована еще в древности. Высшие психические функции — это сознательная сложная психическая деятельность, связанная с мотивами, целями и программами ее реализации.

Функциональной системой в нейропсихологии считают морфофизиологическую основу высших психических функций. Функциональные системы формируются в онтогенезе и способны к динамической перестройке в зависимости от стоящих задач. Они объединены вертикальными и горизонтальными связями, таким образом психическая функция реализуется при участии коры, подкорковых образований и не может быть локализована в одном участке коры; высшие психические функции обеспечиваются мозгом как целым.

Теория системной динамической локализации высших психических функций была предложена Л. С. Выготским и дополнена А. Р. Лурией; она лежит в основе нейропсихологии. Высшие психические функции имеют системное строение, возникают в процессе жизни, социально детерминированы, опосредованы символами и знаками (речью), управляются произвольно. Теория динамической локализации доказывает, что мозг не является совокупностью недиффе-

ренцированных центров психических процессов. Мозг — материальный носитель психических процессов, дифференцированное целое, структуры которого пластичны и взаимозаменяемы.

Нейропсихология является междисциплинарной областью исследования и использует понятия психологии, медицины, а также и свою терминологию. К общепсихологическим в нейропсихологии можно отнести такие понятия, как «психическая деятельность», «высшая психическая функция», «речевое опосредование», «психологическая система» и др. К частным нейропсихологическим относятся понятия:

— «нейропсихологический симптом» — одиночное нарушение психической функции;

— «нейропсихологический синдром» — определенное сочетание нейропсихологических симптомов, проявляющееся в нарушении определенного фактора;

— «нейропсихологический фактор» — определенная функция мозговой структуры, особенность ее функционирования;

— «функциональная система» — определенный участок мозга, лежащий в основе психической функции и реализующей нейропсихологический фактор;

— «нейропсихологическая диагностика» — изучение с помощью методов нейропсихологии локализации поражения головного мозга и установление топического диагноза;

— «топическая диагностика» — выделение области локализации поражения головного мозга;

— «локализация высших психических функций» — установление связи между мозгом и психикой в соотношении с психическими функциями и нейропсихологическим факторами;

— «межполушарное взаимодействие» — интегрированная работа левого и правого полушарий мозга как единой системы, зависящей от средовых и генетических влияний;

— «межполушарная асимметрия» — оценка неравномерности работы левого и правого полушарий мозга при реализации психических функций;

— «норма функции» — среднестатистические показатели функции, зависящие от возраста, пола, места работы и др.

Системная локализация высших психических функций основывается на иерархической структуре работы мозга, связанной с реали-

зацией психических функций, она динамична и изменчива, что обусловлено пластичностью и изменчивостью входящих в нее структур.

А. Р. Лурия предложил концепцию структурно-функциональных блоков мозга, на основе которой разработана общая структурно-функциональная модель работы мозга как субстрата психической деятельности:

1. Энергетический блок, который «включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга. Данный блок мозга регулирует процессы активации: общие генерализованные изменения активации, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные избирательные изменения активации, необходимые для осуществления высших психических функций»¹.

2. Блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (т. е. исходящей извне) информации». «Включает основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые зоны, которые расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга. Работа этого блока обеспечивает модально-специфические процессы, а также сложные интегративные формы переработки экстероцептивной информации, необходимой для осуществления высших психических функций»².

3. «Блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности, включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Лобные доли характеризуются большой сложностью строения и множеством двухсторонних связей с корковыми и подкорковыми структурами. К третьему блоку мозга относится конвекситальная лобная кора с ее корковыми и подкорковыми связями»³.

Модель организации мозга, предложенная А. Р. Лурией, предусматривает, что «различные этапы произвольной, опосредованной речью осознанной психической деятельности осуществляются с обязательным участием всех трех блоков мозга»⁴.

¹ Лурия А. Р. Основы нейропсихологии : учебное пособие для студ. высших учебных заведений. — М. : Академия, 2003. С. 96

² Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. С. 111.

³ Там же. С. 114.

⁴ Хомская Е. Д. Нейропсихология. 4-е изд. — СПб. : Питер, 2005. С. 76.

В соответствии с теорией динамической локализации высших психических функций каждая функция реализуется мозгом как целым, состоящим из высококодифференцированных компонентов, каждый из которых участвует в осуществлении этой функции. Нарушение физиологических процессов, обеспечивающих функционирование мозга (снабжение мозга кислородом, питательными веществами, удаление отмерших клеток и т. д.) приводит к возникновению первичных дефектов, которые могут быть незаметны, но, в свою очередь, приводят к вторичным дефектам, проявляющихся в нейропсихологических симптомах.

Теория системной динамической локализации высших психических функций позволяет по локализации мозговых нарушений предполагать нарушения психических функций и наоборот; способствует предсказанию вторичных психических нарушений, что позволяет предотвратить их появление.

4.3. Нейропсихологические методы исследования

Методический аппарат нейропсихологии представлен специальными методами нейропсихологической диагностики, позволяющими качественно классифицировать расстройства и обнаружить нейропсихологические синдромы. А. Р. Лурия, используя культурно-историческую теорию Л. С. Выготского, теорию системной динамической организации высших психических функций, разработал методы нейропсихологической диагностики.

Нейропсихологическая диагностика — «это исследование психических процессов с помощью набора специальных проб с целью квалификации и количественной характеристики нарушений (состояния) высших психических функций и установления связи выявленных дефектов/особенностей с патологией или функциональным состоянием определенных отделов мозга либо с индивидуальными особенностями морфофункционального состояния и развития/инволюции мозга в целом»¹.

Нейропсихологические тесты — специально разработанные задачи, изучающие высшие психические процессы. Трудности их применения заключаются в необходимости «одновременного учета индивидуальных и возрастных особенностей нейропсихологических

¹ Балашова Е. Ю., Ковязина М. С. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах. — М. : Генезис, 2012. С. 16.

связей, а также в сложности соотнесения высших психических функций с разными мозговыми механизмами»¹.

Нейропсихологические методы способствуют определению:

- факторов, лежащих в основе дефекта;
- особенности дефекта, его положения в системе высших психических функций;
- структуры нарушенных функций;
- зоны коры головного мозга, в которой предполагается дефект.

Методы диагностики когнитивных нарушений представлены в приложении 5.

Нейропсихологические методы предусматривают анализ психологического, психофизиологического, физиологического и нейропсихологического компонентов.

«Понятие «нейропсихологический скрининг» (англ. — *neuropsychological screening*) в зависимости от контекста может быть рассмотрено следующим образом:

1) быстрая нейропсихологическая оценка посредством проведения экспресс-исследования с помощью скрининговых методик, позволяющих сократить время работы специалиста с взрослым и ребенком;

2) массовое нейропсихологическое обследование с помощью скрининговых нейропсихологических методик, основным объектом изучения которых выступает некоторая когорта, на материале исследования которой формируется обобщенный нейропсихологический «портрет» выборки (популяции), включающий в себя максимально возможное разнообразие вариантов индивидуального развития и отражающий уже на популяционном уровне закономерности формирования высших психических функций и процессов латерализации;

3) скрининг как номинирование некоторых психометрических методик»².

¹ Вассерман Л. И. Информационная теория психики Л. М. Веккера в решении концептуальных и практических проблем нейропсихологии внимания и коррекции когнитивного дефицита у детей / Л. И. Вассерман, Т. В. Чередникова, И. В. Логвинова // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Сер. 16. 2014. Вып. 2. С. 20–33.

² Астаева А. В., Соляникова Н. С. Классификации современных зарубежных методик детской нейропсихологии в контексте психометрического подхода в психодиагностике детей // Психология. Психофизиология. 2018. № 1. С. 33–50.

Выбор метода выявления нейропсихологического фактора зависит от задач, решаемых при системном анализе расстройств высших психических функций. Данные задачи можно разделить на группы:

- 1) топическая диагностика;
- 2) дифференциальная диагностика органических и функциональных расстройств;
- 3) констатация степени нарушения, выделение первичного дефекта;
- 4) выявление и профилактика дезадаптации, связанной с психическими аномалиями;
- 5) квалификация эффективности воздействия и динамики психических процессов;
- 6) прогнозирование реабилитационных или коррекционных действий;
- 7) создание и использование приемов восстановительного или коррекционного обучения в соответствии с психическими нарушениями.

Методы изучения нейропсихологических синдромов разнообразны и зависят от задач (можно выделить стандартизованные и гибкие, «батарейные» и единичные, количественные и качественные, ориентированные на процесс или на результат).

Батареи нейропсихологических методик, кроме собственно нейропсихологических методов, обычно включают в себя патопсихологические и когнитивные (по данным Л. И. Вассермана, встречаются даже проективные).

Согласно принятому за рубежом подходу, нейропсихологическое обследование ребенка обязательно включает в себя детальное обследование каждой из нижеследующих психических функций:

- общий интеллект;
- школьная успеваемость;
- речевые процессы;
- зрительно-пространственные функции;
- сенсомоторный гнозис;
- праксис;
- внимание;
- память;
- научение;
- абстрактное мышление.

Дополнительно оцениваются психосоциальные условия жизни ребенка.

По области применения психометрические тесты в зарубежной нейропсихологии могут быть разделены на следующие группы:

1) общее когнитивное функционирование, нейропсихологические батареи и оценка интеллекта (например, тест интеллекта Векслера);

2) тесты достижений (например, тест широкого спектра достижений);

3) методики исследования исполнительных функций (например, система исполнительных функций Делиса — Каплана);

4) методики исследования внимания (например, непрерывный тест производительности Конерса);

5) методики исследования памяти (например, оценка широкого спектра памяти и обучения);

6) методики исследования речи (например, бостонский тест называния);

7) тесты на исследования зрительного восприятия (например, тест рисования часов);

8) тесты на исследование соматосенсорной функции, схемы тела (например, тест тактильного представления);

9) тесты на исследование моторных функций (например, тест постукивания пальцами);

10) оценка настроения, личностных и адаптационных функций (например, шкала депрессии Бека);

11) оценка изменения реакций и производительности (например, тест запоминания слов).

В зарубежной литературе отмечено, что методики исследования настроения, личностных и адаптационных функций, обоняния, тесты достижений также входят в процедуру нейропсихологического обследования. В отечественной практике чаще всего эти психические состояния и функции рассматривают при дополнительных направлениях исследования и не относят к собственно нейропсихологической диагностике.

В отечественной практике используется ряд зарубежных методов (тест Бентона, «комплексная фигура» Рея — Остеррица (приложение 6)).

Наиболее распространенными методами в России считается модификация «батарей» тестов А. Р. Лурия, способная выявить качественные нарушения психических функций при локальных повреждениях мозга, для чего необходимо:

- 1) собрать анамнез, включающий лабораторное и аппаратурное исследования;
- 2) описать психический статус исследуемого;
- 3) исследовать произвольное и непроизвольное внимание;
- 4) исследовать аффективную сферу на основе предъявленных фотографий и сюжетных картин;
- 5) исследовать зрительный гнозис — узнавание объектов, цветов, контуров, лиц, букв, цифр;
- 6) исследовать соматосенсорный гнозис — узнавание предметов с закрытыми глазами;
- 7) исследовать слуховой гнозис — локализации звука, узнавание мелодий, воспроизведение ритма;
- 8) исследовать особенности моторной сферы — движения по инструкции, координированность, результаты копирования, рисования, адекватность символических движений;
- 9) исследовать речь с помощью беседы, повторения звуков, слов, понимания речи, логико-грамматических конструкций;
- 10) исследовать письмо букв, слов, фраз;
- 11) исследовать чтение букв, бессмысленных и осмысленных текстов, слов с ошибками;
- 12) исследовать память на картинки, рассказы, слова;
- 13) исследовать счет;
- 14) исследовать интеллектуальную сферу — решение задач, понимание рассказов, аналогий, переносного и обобщающего смысла, возможности классификации.

Данные методы направлены на изучение произвольных, опосредованных речью психических процессов. Необходимо помнить о существовании автоматизированных, или непроизвольных психических функций, которые при необходимости можно исследовать при создании специальных условий (например, использование внешних помех — предъявление материала в «зашумленной» форме, изменение объема стимульного материала).

Использование методов нейропсихологической диагностики должно соответствовать цели и быть индивидуальным для каждого испытуемого, необходимо не просто констатировать то или иное нарушение, но и выявлять механизмы возникновения и возможности компенсаторных процессов.

Нейропсихологические методы исследования зависят от объема нарушений анатомо-функциональных структур головного мозга. Дан-

ные структуры имеют иерархическое строение; выделяют три уровня организации, при этом каждый уровень отвечает за свои функции:

1. Уровень коры головного мозга, наиболее сложный, отвечает за сложные когнитивные процессы, а также управление чувствительными и двигательными функциями.

2. Уровень базальных ядер полушарий головного мозга отвечает за произвольные движения и мышечный тонус.

3. Уровень, связанный с гиппокампом, гипофизом, гипоталамусом, поясной извилиной и миндалевидным ядром отвечает за эндокринную регуляцию, эмоциональные состояния и реакции.

4. Уровень «ствол мозга» связан с вегетативными процессами.

В каждой полушарии головного мозга анатомически выделяют пять долей: лобная, теменная, затылочная, височная, островковая. В коре больших полушарий размещаются ассоциативные отделы, отвечающие за анализ и переработку информации определенной модальности.

В нейропсихологическую диагностику входит определение уровня нарушения психических функций и определение структурно-функционального блока, в котором отмечаются нарушения.

При выборе методов нейропсихологической диагностики следует руководствоваться принципами, выделенными Л. И. Вассерманом:

1) надежность и валидность методов (при этом следует охватывать диагностику всех возможных нарушений, имеющих у пациента);

2) доступность выполнения методики (необходимо заранее оценить возможность выполнения сложных методик пациентом);

3) всестороннее описание нарушенных и сохранных психических функций;

4) доступность сравнения полученных результатов (со средними показателями; для дальнейшей оценки эффективности лечения или тяжести поражения);

5) качественный анализ выраженности нарушений психических функций;

6) для описания полноценной картины расстройств возможно использование патопсихологических методов диагностики.

К аппаратным методам нейропсихологической диагностики, позволяющим выявить анатомо-функциональные нарушения, относятся электроэнцефалография (ЭЭГ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), компьютерная томография (КТ).

В общем виде нейропсихологическая диагностика включает исследование:

1. Речи (спонтанной и диалогической, понимания, составления рассказов по картинкам, чтения, письма и т.д.).
2. Асимметрии мозга (право-, леворукости) с помощью опросника и моторных проб.
3. Восприятия шумов, ритмов и мелодий.
4. Схемы тела (пальцевой гнозис).
5. Ориентировки в пространстве.
6. Зрительного гнозиса (узнавание предметов).
7. Понимания сюжетных и последовательных картинок¹.

Выделяют четыре вида нейропсихологической диагностики:

- 1) топическая диагностика — выявление локализации, расположения и распространенности нарушений мозга, основываясь на диагностированных нарушениях психических функций;
- 2) функциональная диагностика — выявление изменения в психических функциях в процессе лечения или определенного времени;
- 3) индивидуально-типологическая диагностика — выявление индивидуальных различий в организации функционирования мозговых структур (например, левши);
- 4) выявление аномалий развития — нейропсихологическая диагностика у детей с различными аномалиями в развитии.

Нейропсихологическая диагностика завершается составлением заключения, в котором должны быть отражены отношение к исследованию, особенности личности, динамика изменения психических функций, характеристики внимания, памяти, праксиса, речи, счета, гнозиса, интеллекта, эмоционально-волевых процессов.

Таким образом, нейропсихология исследует процессы головного мозга, изучает законы функционирования познавательных психических процессов, обработки информации, основываясь на теории динамической локализации высших психических функций. А. Р. Лурия разработал структурно-функциональную модель работы мозга, основанную на трех блоках: энергетическом; приема, переработки и хранения экстрацептивной информации; программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности. Каждая функция реализуется мозгом как целым, состоящим из высококодифференциро-

¹ Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики : практическое руководство. — СПб. : Стройлеспечать, 1997. — 360 с.

ванных компонентов, каждый из которых участвует в осуществлении этой функции.

Нейропсихологическая диагностика позволяет выявлять и диагностировать нарушения мозга и нейропсихологические синдромы. Она включает специально разработанные задачи, направленные на исследование высших психических процессов.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Расскажите о вкладе нейропсихологии в учение об организации и структуре высших психических функций, в проблему биологической и социальной детерминации психики.
2. Что представляют собой мозговые основы психической деятельности человека?
3. Что такое нейропсихологический скрининг?
4. Охарактеризуйте пластичность и системность мозговой организации психических процессов.
5. Расскажите о нейропсихологических методах.

ТЕМА 5 ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ

Учебные вопросы:

- 5.1. Связь психической и соматической сфер.
- 5.2. Модели стресса и этапы его развития.
- 5.3. Основные группы психосоматических заболеваний.

5.1. Связь психической и соматической сфер

Еще в древности ученые догадывались о существовании связи между эмоциональным состоянием человека и его физическим здоровьем. В античной медицине, начиная с Гиппократов, который искал причины болезни в личности больного, и Галена, искавшего природу болезней во взаимодействии между телом и сознанием, была заложена идея связи между психической и соматической сферами.

В Новое время Т. Сиденхем рассматривал болезнь как внешние симптомы, которые меняются в зависимости от внутреннего состояния организма. В 1818 г. в медицинской литературе немецкий психиатр И. Хейнрот впервые использовал термин «психосоматика», описывая причины бессонницы; он считал, что душа стоит над телом, следовательно, психические и телесные болезни вызваны болезнью души (тем, что мы сейчас называем внутренним конфликтом).

Немного позже, в 1822 г., другой немецкий психиатр, К. Якоби, представитель соматической школы, заявил, что психические расстройства возникают на основе органической патологии, причем не только мозга, но и сосудов, костей, внутренних органов, пищеварительной и половой систем. Для лечения соматических болезней, по его мнению, необходимо вылечить душевные. Появился термин «соматопсихическое».

Понятие «психосоматическая медицина» возникло немного позже и предполагало влияние психики на развитие соматических заболеваний. В дальнейшем научные исследования доказали, что психика не прямо, а опосредовано, через множество факторов, воздействует на человеческий организм; данное воздействие назвали психосоматическим.

Психосоматическая медицина сегодня является разделом клинической психологии, подчеркивающим связь между онтогенезом, личностными особенностями, ситуацией и соматическим статусом человека.

Первые психосоматические исследования связывают с работами З. Фрейда, который предположил, что истерия возникает по механизму конверсии, т. е. телесные расстройства символически выражают подавленные внутриспсихические конфликты. Был выделен аффективный конфликт, представлен переход этого конфликта по механизму конверсии в соматическую область. Если конверсия является обратимой, то З. Фрейд говорит о неврозе, если же она необратима и вызывает изменения органа, то речь идет о психосоматическом заболевании. Таким образом, З. Фрейд подчеркивает связь между психикой и телом, что в дальнейшем оказало большое влияние на развитие психосоматической медицины.

Конверсионные нарушения, описанные З. Фрейдом, предполагают символическое значение соматических изменений. Его коллеги, основываясь на психоаналитическом подходе, разработали психосоматическую концепцию. Г. Гроддек считал, что соматические расстройства возникают в связи с психологическими и зависят от «Ид», от бессознательного. Венгерский психолог Ш. Ференци ввел понятие интроекции как психологической защиты. Он говорил о «символическом языке органов», применял психоанализ для лучшего понимания заболевания и как метод лечения. Болезни тела, по его мнению, являются проявлением нереализованной сексуальной энергии через расстройство вегетативной системы, по механизму истерической конверсии, согласно символическому фантастическому эротическому значению. Австрийский психоаналитик Ф. Дойч занимался разработкой теории органических неврозов, в которой говорил о слабом органе, ставшем слабым в результате перенесенного заболевания. Эта теория соотносится с теорией А. Адлера о неполноценности органа, который стал неполноценным в результате данной конституции.

Х. Данбар в 30-е гг. XX в. изучала взаимосвязь определенных личностных особенностей со специфическими характеристиками соматического расстройства. Х. Данбар работала психиатром в соматической больнице более двадцати лет, была сторонником холистического подхода, т. е. рассматривала человека как единое целое, разработала концепцию «профиля личности», которую описала в книге «Психосоматический диагноз». Считала, что энергия «Ид» проявляется через психику, а если не может — тогда через соматические симптомы; постоянные психологические проблемы приводят к потере энергии, что, в свою очередь влечет соматические нарушения. Личность пациента предопределяет эмоциональные реакции, которые мо-

гут запускать соматические нарушения. Зная профиль личности, можно предполагать то или иное заболевание в настоящем или будущем. С помощью корреляционного анализа она описала «коронарный», «гипертонический», «аллергический» и «склонный к повреждениям» типы личности.

Английский ученый Дж. Холлидей попытался отграничить психосоматические синдромы и их зависимость от психологического компонента. К психосоматическим расстройствам стоит относить только те, которые возникают при непосредственном влиянии эмоционального аспекта. Дж. Холлидей выявил зависимость физического состояния от эмоционального фактора.

Существенный вклад в развитие психосоматической медицины принадлежит американскому врачу венгерского происхождения Ф. Александеру, который исследовал влияние психических факторов на возникновение желудочно-кишечных, дыхательных и сердечно-сосудистых нарушений. Он выделил основные постулаты, ставшие основой концепции специфичности. В монографии Ф. Александера «Психосоматическая медицина» специфичность основывается на специфических физиологических реакциях организма на эмоциональные стимулы. Он описал шесть «специфических психосоматических заболеваний»: язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит и гипертензия. Последователи Ф. Александера, завершив исследования тиреотоксикоза, назвали его седьмым специфическим психосоматическим заболеванием. Практическая значимость исследований специфичности состоит в ранней диагностике соматических нарушений в зависимости от психологических характеристик, при этом необходимо знать для каждого из семи заболеваний специфические психологические особенности. Ученые исследуют взаимосвязи специфических психологических конфликтов с телесными нарушениями.

Еще одно направление психосоматики рассматривает возникновение психосоматических заболеваний с позиции личностно ориентированного подхода. Данное направление рассматривает психосоматические нарушения с позиции анализа бытия. Продолжается поиск символического значения телесных нарушений, но уже не с позиций психоанализа, а с помощью специального антропологического метода. Антропологическое направление, представителем которого является немецкий невролог В. Вайзеккер, ищет значение соматического расстройства в духовной экзистенции человека, при этом само телес-

ное нарушение выделяется в качестве экзистенциальной «тревоги» во внутренней истории жизни человека.

Множество исследований в области психосоматической медицины, проведенных с помощью клинических и экспериментально-психологических подходов, ставят своей целью найти «профиль личности», специфичный для какого-либо психосоматического заболевания. Вслед за Х. Данбар англо-американские исследователи XX в. утверждали, что личностные профили имеют большое диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение, и описали характерные профили для больных гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка, спастическим колитом, ревматоидным артритом, мигренью и другими заболеваниями.

В результате поиска характерных личностных особенностей не было выявлено личностных структур, специфичных для конкретных нарушений. Исследователи перешли с описания профилей личности на очерчивание личностных особенностей пациента психосоматического профиля, анализируя в качестве основной характеристики инфантильный личностный аспект и невротическую жизненную позицию, подразумевая под телесным выражением эмоциональных реакций инфантильную форму.

Человек в течение жизни переживает разнообразные эмоции; для возникновения психосоматического единства важны особенности переработки этих эмоций, следовательно, не сами травмирующие ситуации приводят к психосоматическим нарушениям, а особенности их переработки. Именно эти особенности и могут быть похожими, специфичными.

Одной из возможных психологических предпосылок психосоматических нарушений является алекситимическая основа в структуре преморбидной личности. Понятие «алекситимия» введено П. Сифнеосом в 1973 г., когда он описал характерные особенности клиентов психосоматического профиля, выражавшиеся в «примитивном» мышлении, превалировании действий в конфликтах и стрессах, бедной фантазии, небольшом наборе аффективного реагирования и в особенности невозможности словесного выражения своих чувств. Термин «алекситимия» дословно переводится как «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов для названия чувств»). При алекситимии выделяют эмоционально-когнитивные психологические особенности, такие, как:

- 1) проблемы описания и идентификации собственных эмоций;

2) сложности в разграничении эмоциональных и соматических компонентов;

3) слабая фантазия, воображение,

4) сосредоточенность на внешних причинах, а не на собственных переживаниях.

Существует разнообразные методики определения уровня алекситимии и психотерапевтические методы, помогающие вербальному выражению и описанию собственных чувств.

В российской психологии воздействие соматического нарушения на психическую сферу называют психологической реакцией личности на болезнь, которую А. Р. Лурия предложил называть внутренней картиной болезни. В основе внутренней картины болезни лежат когнитивный анализ диагноза, интеллектуальная интерпретация субъективных ощущений, степени и прогноза нарушений и формирование на их основе эмоциональной оценки и поведенческих реакций. Внутренняя картина болезни формируется на основе, во-первых, нарушений, возникающий в теле, во-вторых, зависит от личности (большое значение придается акцентуациям характера), в-третьих, от отношений к выявленному нарушению референтной для заболевшего группы.

Объективная информация о серьезности заболевания, прогнозах лечения и выздоровления является основой образования внутренней картины болезни. Формирование внутренней картины зависит от возрастных, гендерных, профессиональных, характерологических и других особенностей личности. Любое заболевание в той или иной мере затрагивает значимые для больного области. То, как человек реагирует на выявленные нарушения, зависит и от самого нарушения, и от психического состояния заболевшего. Человек влияет на заболевание, проявления, течение, лечение и исход, но и заболевание влияет на психическое состояние человека.

Выделяют следующие стороны внутренней картины болезни: сензитивную (уровень ощущений, чувственный уровень), эмоциональную (эмоциональное реагирование на заболевание и его последствия), интеллектуальную (знания и размышления о его причинах и последствиях расстройства), волевую (отношение к заболеванию, изменение поведения и привычного образа жизни).

Коллектив Научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева разработал методику, основанную на классификации типов отношения к болезни, которую предложили

А. Е. Личко и Н. Я. Иванов¹. В основу методики положена концепция психологии отношений; эта «типология включает следующие типы.

1. Гармоничный — адекватно оценивает свое состояние, выполняет все рекомендации врача.

2. Тревожный — постоянно беспокоится и переживает по поводу неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, выздоровления.

3. Ипохондрический — сосредоточен на болезненных ощущениях, постоянно думает и говорит о них, преувеличивает неприятные ощущения.

4. Меланхолический — удручен болезнью, не верит в улучшения, сомневается в успехе лечения.

5. Апатический — безразличен к исходу болезни, к результатам обследования и лечения.

6. Неврастенический — проявляет раздражение к отрицательным моментам обследования и лечения, может заплакать.

7. Сензитивный — слишком озабочен возможным негативным отношением окружающих в связи с болезнью.

8. Эгоцентрический — «уходит в болезнь», пытается привлечь внимание окружающих своей болезнью и страданиями.

9. Эйфорический — проявляет легкомысленное отношение к болезни и лечению, нарушает режим, не выполняет рекомендации врачей.

10. Анозогнозический — не верит в то, что болен, отрицает очевидное.

11. Обсессивно-фобический — постоянно боится осложнений, верит в приметы, применяет ритуалы.

12. Эргопатический — «уходит от болезни в работу»; характерно сверхответственное отношение к работе.

13. Паранойяльный — уверен, что болезнь является результатом злого умысла, крайне подозрителен.

Эти типы объединяются в три блока. Первый включает те из них, при которых существенно не нарушается социальная адаптация (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Во второй блок входят типы отношения к болезни, вызывающие психическую дезадаптацию и имеющие в основном интрапсихическую направленность ре-

¹ Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. — СПб., 2005. — 33 с. // Официальный сайт НМИЦ психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева. URL: http://nmic.bekhterev.ru/upload/documents/2005_pdati.pdf (дата обращения: 13.04.2023).

акций на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). В третьем блоке объединены типы отношения к болезни, которые также ведут к дезадаптации, но отличаются интерпсихической направленностью реагирования, т. е. проявляются, прежде всего, в межличностном взаимодействии¹.

Необходимо помнить, что любое соматическое заболевание имеет психологический компонент, и при лечении тела нельзя забывать про «душу».

5.2. Модели стресса и этапы его развития

Проблема психосоматических соотношений — одна из наиболее сложных проблем современной медицины (несмотря на то что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Гиппократ и Аристотеля). В настоящее время, по данным ВОЗ, от 38 до 42 % заболеваний можно отнести к категории психосоматических. Наиболее частой причиной психосоматических заболеваний является стресс. Негативные, невысказанные и подавленные эмоции также могут провоцировать развитие психосоматических заболеваний.

В 1936 г. Г. Селье предложил теорию стресса, основой которой является гомеостатическая концепция самосохранения организма и мобилизация ресурсов для ответа на стрессор. Все стрессоры он разделил на специфические и неспецифические эффекты стресса, проявляющиеся в качестве общего адаптационного синдрома. Адаптационный синдром состоит из трех этапов:

- 1) реакция тревоги;
- 2) резистентность;
- 3) истощение.

Г. Селье предложил говорить об адаптационной энергии, способной мобилизоваться, перестраивая для адаптации гомеостатические механизмы организма. Истощение этой адаптационной энергии неминуемо вызывает старение и гибель организма.

Общий адаптационный синдром в психическом плане выражается в виде эмоционального стресса, который проявляется в аффективных переживаниях и ведет к отрицательным изменениям в организме. Известно, что эмоции являются частью любого целенаправленного поведения, поэтому первым компонентом, реагирующим на

¹ Там же.

стресс, будет аффективный компонент. Происходит активация вегетативной и эндокринной систем, регулирующих поведенческие акты. Эмоциональный стресс возникает при сопоставлении необходимых условий и возможностей индивида справиться с данными условиями. В стрессовой ситуации индивид применяет стратегии совладания, или копинг-стратегии; если индивид владеет ограниченным количеством этих стратегий, то создается напряженность, которая совместно с гормональными изменениями внутренней среды организма влечет изменение гомеостаза. С помощью такого ответа организм пытается преодолеть стресс. Справиться со стрессом помогают психологические и физиологические компоненты. Если при включении дополнительных ресурсов организму не удастся справиться со стрессом, дальнейшее воздействие стрессора приводит к возникновению патологических ответов и повреждений органов.

Патологические ответы и повреждения органов, возникшие в результате стрессовых воздействий, могут приводить к серьезным заболеваниям. Повторение аффективных реакций или их чрезмерная длительность в сочетании с негативными жизненными ситуациями может стать постоянным. В таких случаях нормализация жизненных ситуаций может не приводить к ослаблению аффективного возбуждения, наоборот, возможна активация вегетативной системы и вследствие этого — нарушение работы внутренних органов и систем. При изначальной «слабости» какого-либо органа именно он становится «мишенью» при формировании заболевания. Нарушения нейрофизиологической регуляции мозга, возникающие при стрессовых реакциях, могут приводить к изменениям функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы.

Выделяют различные виды стрессоров:

— физиологические — голод, жажда, боль, физическая нагрузка и т. п.;

— психологические (делятся на эмоциональные — обман, угроза, утрата и т. п. и информационные — информационная перегрузка, недостаток информации).

Стресс может стать травматичным, когда диагностируются психические нарушения, при этом можно провести параллель с физическими травмами. При травматичном стрессе нарушается функционирование психических процессов, эмоциональной сферы и т. п. Стрессором в данном случае являются травматические события, например,

чрезвычайные кризисные ситуации, связанные с угрозой жизни для себя или близких, угрозой физического здоровья или образа «Я». Эти ситуации и переживание травматического стресса разрушают ощущение безопасности индивида; результаты воздействия стресса на психику многообразны. У некоторых индивидов травматический стресс может быть основанием возникновения ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство — это психическое состояние, возникающее как ответ на психотравмирующую ситуацию, проявляющееся в психических нарушениях. Выделяют следующие особенности стрессора, вызывающие травматический стресс:

- 1) осознание ситуации, вызвавшей стресс;
- 2) психологический дискомфорт, вызванный внешними обстоятельствами;
- 3) происходит нарушение привычного образа жизни;
- 4) воспоминания о ситуации вызывают ужас и состояние беспомощности.

Травматический стресс — это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства, специфическое взаимоотношение индивида с окружающей действительностью, переживания, связанные с неординарными ситуациями.

Психологический ответ на психическую травму состоит из трех самостоятельных компонентов, зависящих от временного аспекта.

Первый компонент — психологический шок. Он состоит из:

- 1) дезорганизации жизнедеятельности, расстройства ориентировки во внешней среде, снижении активности,
- 2) отрицания ситуации.

Второй компонент — воздействие — проявление эмоциональных реакций на ситуацию и ее последствия. Аффективные реакции непосредственны и интенсивны, чаще всего это сильный страх, ужас, обвинение, плач, гнев, постепенно эти реакции заменяются критикой или сомнениями в себе. Часто присутствует мысль «что было бы, если бы...» с осознанием неизбежности произошедшего, признанием собственного бессилия и самообвинением. В литературе встречается «чувство вины выжившего».

Данный компонент является кульминационным, дальше возможно развитие в двух направлениях — или начинается процесс выздоровления, заключающийся в принятии реальности, адаптации, или возникает фиксация на травме и переход стрессового состояния в хроническую форму.

Психологическая травма, вызвавшая нарушения, касается всех областей функционирования индивида — физиологической, личностной, межличностной, социальной и вызывает стойкие личностные изменения как у переживших стресс, так и у членов их семей.

В соответствии с клинической типологией и классификацией ПТСР к этой группе расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экс-военнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия.

В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют «три основные группы симптомов:

1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической);

2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности);

3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь)¹».

«Классификация ПТСР в МКБ-11:

1. Посттравматическое стрессовое расстройство — расстройство, которое развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий и характеризуется:

1) повторным переживанием травматического(их) события(ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами;

2) избеганием мыслей и воспоминаний о событии(ях) или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие(я);

3) состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга.

Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызывать значительное ухудшение функционирования.

2. Комплексное ПТСР — расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми,

¹ Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. — М. : Эксмо, 2005. С. 78.

нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство). Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущением себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудностями в поддержании взаимоотношений.

Диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

— стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний);

— поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);

— изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);

— нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений)»¹.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе.

5.3. Основные группы психосоматических заболеваний

Психосоматическими заболеваниями называются нарушения органов и систем организма, в возникновении и течении которых основная роль принадлежит негативным психологическим факторам. При зарождении психосоматики к психосоматическим заболеваниям относили всего семь: эссенциальную гипертензию, бронхиальную астму, гипертиреоз, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенный

¹ Бонкало Т. И. Посттравматическое стрессовое расстройство : дайджест — М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. С. 6–7.

колит и язву желудка. Сегодня реестр психосоматических расстройств включает в себя гораздо больше нарушений; к ним относятся заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт, инсульт, гипертония и др.), дерматологические заболевания (псориаз, нейродермит, экзема и др.), урогенитальные нарушения (сексуальные, расстройства мочеиспускания, бесплодие и др.), мигрени, анорексия и булимия, сахарный диабет, рак и др. Данные нарушения доказывают единство биологических и социально-психологических факторов.

Термин психосоматический не встречается в МКБ, так как он по-разному воспринимается в зависимости от языка и от психолого-психиатрического направления. В некоторых исследованиях встречается словосочетание «соматоформное расстройство» (в его основе лежат конверсионные механизмы).

А. Б. Смулевич¹ выделяет четыре группы психосоматических заболеваний:

1. Соматизированные психические (соматоформные) реакции, к которым относятся неврозы и неврозоподобные реакции, протекающие совместно с вегетативными проявлениями. Выявляются нарушения, не имеющие физиологической или органической основы. Возникают патологические телесные ощущения, нарушения моторики или координации, которые чаще всего называют конверсионными расстройствами, о которых больной демонстративно рассказывает (нейроциркуляторная, вегетососудистая дистония и др.).

Соматизированные расстройства проявляются патологическими телесными ощущениями в виде алгий, вызывающих вегетативные нарушения, имитирующие ургентные соматические заболевания или нарушения деятельности внутренних органов (тахикардия, дискинезии желчных путей и др.).

2. Психогенные реакции (нозогении) возникают в ответ на соматическое заболевание, которое является психотравмирующим фактором, и относятся к реактивным состояниям.

Нозогении зависят от психологических, социальных и биологических параметров, среди которых важную роль играют внутренняя картина болезни и отношение к своему заболеванию в виде гиперили гипонозогении (т. е. преувеличение или преуменьшение своего

¹ Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей / под ред. академика РАН А. Б. Смулевича. — М: МЕДпресс-информ, 2019. — 496 с.

заболевания). Большое значение имеет характер течения заболевания. Можно выделить три группы симптомов:

— невротические — страхи, тревожные опасения, ипохондрические расстройства, демонстративность или пренебрежительное отношение к лечению, отрицание заболевания;

— аффективные — гипотимия с тревогой и чувством безнадежности, астенией, депрессия или слишком оптимистическая оценка состояния;

— патохарактерологические — стремление к преодолению нарушений, сочетающееся с чувством обиды, желанием «любой ценой» восстановиться, или отрицание заболевания.

3. Реакции по типу симптоматической лабильности; спровоцированные психическими факторами возникновение или рецидив соматического заболевания. В патогенезе таких нарушений важную роль играет психологический компонент; их еще называют классическими психосоматическими заболеваниями:

— ишемическая болезнь сердца;

— гипертензия;

— язва желудка и двенадцатиперстной кишки;

— бронхиальная астма;

— эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипертиреоз);

— нейродермит;

— ревматоидный артрит;

— язвенный колит.

Обязательным условием является совмещенное по времени появление эмоционально значимого события и соматического проявления; к психотравмирующим факторам относят не только острые стрессы, но и хронические. Только травмирующее событие не может вызвать соматические симптомы, необходимо сочетание нескольких факторов, среди которых личностные особенности и алекситимия, генетические, патофизиологические и другие факторы. Лишь при взаимодействии психических и соматических симптомов формируются психосоматические.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении). Первоначально возникает соматическое заболевание, которое впоследствии оказывает воздействие на психическую сферу, вызывая экзогенные психические нарушения (например, психозы).

3. Фрейд ввел в научный оборот термин «конверсия», который буквально переводится как «превращение», «преобразование»; в пси-

хологии он относится к причине расстройства, которая, будучи чисто психологической, проявляется не на психологическом уровне, а соматическими расстройствами. При конверсионных расстройствах бессознательные мотивации приводят к нарушениям движений или чувствительности, но при объективном исследовании нет никаких патологических соматических признаков.

Важным признаком конверсионных расстройств является прямая связь между обострениями и стрессом или иными сильными эмоциями, также обнаруживается подсознательная мотивация или выгода. Конверсионные расстройства могут быть обусловлены сильной эмоциональной реакцией на соматические заболевания. В чистом виде конверсионное расстройство встречается редко.

Таким образом, психосоматические расстройства демонстрируют тесную взаимозависимость психологического и соматического компонентов индивида (как писал З. Фрейд, «если мы гоним проблему в дверь, то она в виде симптома лезет в окно»).

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Расскажите о связи психической и соматической сфер.
2. Что такое психосоматические болезни?
3. Что такое внутренняя картина болезни?
4. Объясните роль психики в формировании соматических расстройств.
5. Объясните теоретическое обоснование стресса.
6. Что такое конверсионный процесс, конверсионная симптоматика?
7. Какие вы знаете психосоматические заболевания и особенности их протекания?

ТЕМА 6

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ (ИЗМЕНЕНИЙ) ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, СВОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ

Учебные вопросы:

- 6.1. Патопсихологическая диагностика нарушений познавательных психических процессов.
- 6.2. Психологическая диагностика регуляторных психических процессов.
- 6.3. Диагностика характерологических и личностных нарушений.

6.1. Патопсихологическая диагностика нарушений познавательных психических процессов

Психические особенности заболевшего человека являются предметом изучения клинического психолога. Для выявления этих особенностей необходимо знать специфические характеристики заболевания и факторы, вызывающие определенную реакцию на это заболевание. Реакция на заболевание называется внутренней картиной болезни, которая объединяет в себе восприятие неприятных и болезненных ощущений, их влияния на будущее, а также эмоциональные и поведенческие реакции на новые интрапсихические взаимодействия.

Дифференциация психопатологических симптомов и индивидуальных проявлений психологических особенностей происходит на основе точной феноменологической оценки. Современный пациент широко использует психиатрическую и психологическую терминологию, иногда не понимая истинного значения терминов. Клиент с психологическими и психиатрическими расстройствами не всегда может адекватно оценить свои поведенческие и эмоциональные особенности, что порой приводит к диагностическим ошибкам (особенно при невозможности сбора объективного анамнеза).

Некоторые психопатологические симптомы, например, апатия, абулия, мания, резонерство, бессвязность и другие качественные нарушения мышления не могут в полной мере быть осознаны самим больным. При этом существуют неосознаваемые (объективно) симптомы, такие, как бред и сверхценные идеи, и условно осознаваемые, такие, как галлюцинации, навязчивые идеи и др.

Таким образом, при диагностировании психопатологических симптомов необходимо представлять объективную картину болезни, которая чаще всего не совпадает с субъективной. Употребление медицинских и психологических терминов пациентом не говорит

об объективной оценке. Многие люди в быту используют такие термины, как «тревога», «депрессия», «истерия», не подозревая их истинное значение. Пациент может жаловаться на депрессию при объективной картине тревоги. Основываясь лишь на субъективном определении своего состояния самим пациентом, клинический психолог совершает диагностические ошибки. В то же время употребление клиентом психологических и психиатрических терминов косвенно может свидетельствовать о психических нарушениях.

В патопсихологической диагностике существуют принципы подбора экспериментально-психологических методик:

1. Необходимость наиболее полного и всестороннего исследования нарушенной или измененной психической деятельности в разных проявлениях.

2. Совместное предъявление близких по направленности методик повышает валидность и достоверность выводов.

Из всего объема известных патопсихологических методик в исследовании рекомендуется использовать 8–9 методик, отталкиваясь от задач. Методики должны, с одной стороны, всесторонне характеризовать особенности психической деятельности, а с другой — подтверждать результаты друг друга.

При выборе методик необходимо учитывать:

- задачи исследования;
- образование и опыт испытуемого;
- индивидуальные особенности;
- национальные и религиозные особенности (при наличии).

Предъявляются методики обычно по возрастанию трудности, начинают исследование с самых легких.

В зависимости от длительности все психические явления условно делятся на:

- 1) психические процессы;
- 2) психические состояния;
- 3) психические свойства.

Условность связана с тесной взаимосвязью между составляющими в каждой из структур, их целостной организацией.

Психические процессы — проявления психической активности человека, обеспечивающей отражение действительности, которые обладают регуляторной функцией. Их задачей является прием и обработка информации из внешнего и внутреннего мира, а также регуляция всей психической деятельности. Психические процессы характе-

ризируются скоростью, длительностью, устойчивостью, тесной взаимосвязью и определяют психическое состояние человека.

Психические процессы делятся на две группы:

- познавательные;
- регуляторные.

К познавательным психическим процессам относятся ощущение, восприятие, представление, воображение, внимание, память, мышление, речь.

Расстройства **ощущений** связаны с нарушениями анализаторной деятельности, анализатор состоит из: периферического (рецепторного), передающего (проводникового), центрального (мозгового) отделов. Нарушения анализаторной деятельности можно выявить в процессе беседы, исследуя анатомические и физиологические особенности, нет необходимости в использовании патопсихологических методик.

Нарушения **восприятия** связаны с изменением механизма идентификации субъективного образа с воспринимаемым объектом, т. е. нарушением процесса узнавания. Искажение восприятие объекта или его признаков называют психосенсорными расстройствами; невозможность узнавания объектов носит название агнозий; в случае несоответствия субъективного образа реальному объекту говорят об иллюзиях.

Психосенсорные нарушения проявляются или в искаженном восприятии объектов внешнего мира, или в неправильном восприятии собственного тела либо его частей. Дерезализация — нарушенное восприятие окружающего мира (он может восприниматься как нереальный, искаженный, удаленный и т. п.). Деперсонализация — нарушенное восприятие собственного тела или частей тела (тяжелая голова, длинная рука, большой живот и др.). Возможно также нарушение восприятия времени.

В сказке Л. Кэрролла «Алиса в стране чудес» читаем: «Ну вот, голова, наконец, освободилась! — радостно воскликнула Алиса. Впрочем, радость ее тут же сменилась тревогой: куда-то пропали плечи. Она взглянула вниз, но увидела только шею невероятной длины, которая возвышалась, словно огромный шест, над зеленым морем листвы — Что это за зелень? — промолвила Алиса. — И куда девались мои плечи? Бедные мои ручки, где вы? Почему я вас не вижу? С этими словами она пошевелила руками, но увидеть их все равно не смогла, только по листве далеко внизу прошел шелест»¹.

¹ Кэрролл Л. Алиса в стране чудес / пер. Н. М. Демуровой. — М. : Лабиринт, 90

«Сходными с состояниями дереализации являются такие симптомы, как уже виденное (*deja vu*), уже пережитое (*deja vecu*), уже испытанное (*deja eprouve*), уже слышанное (*deja entendu*). Содержание этих симптомов состоит в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка на какое-то, очень короткое, мгновение кажется знакомой, уже когда-то виденной, а слова, сказанные окружающими людьми, — когда-то слышанными. В противоположность этим переживаниям бывает, что хорошо знакомая ситуация воспринимается, также на очень короткое время, совершенно чуждой, незнакомой, никогда не виденной (*jamais vu*). Эти явления довольно часто встречаются и у здоровых людей, особенно в состояниях утомления, при недосыпании и перенапряжении»¹.

Агнозии классифицируются в зависимости от органа чувств — слуховые, зрительные и тактильные; они наблюдаются чаще при органических поражениях головного мозга. При слуховой агнозии респондент не может узнать звуки или речь, хотя их слышит. При зрительной агнозии человек видит, но не узнает предмет, объект, цвет, буквы и др. Для тактильной агнозии характерно нарушение узнавания предметов на ощупь. А.Р. Лурия выделил оптико-пространственную агнозию, когда человек не может ориентироваться в пространстве или не понимает пространственные отношения (агнозия глубины (отсутствие трехмерности), нарушение топографической ориентировки, односторонняя пространственная агнозия, при которой не воспринимается левая или правая половина пространства).

Иллюзиями (от лат. *illusio* — ошибка, заблуждение) называют неправильное отражение воспринимаемого объекта. Выделяют вербальные, слуховые, зрительные, тактильные, обонятельные и аффективные иллюзии. Аффективные иллюзии появляются под воздействием сильных эмоций при одновременном слабом действии раздражителя и астенизации респондента; данные иллюзии отражают значимый аффект. Иллюзии могут встречаться у психически здоровых людей при определенных обстоятельствах.

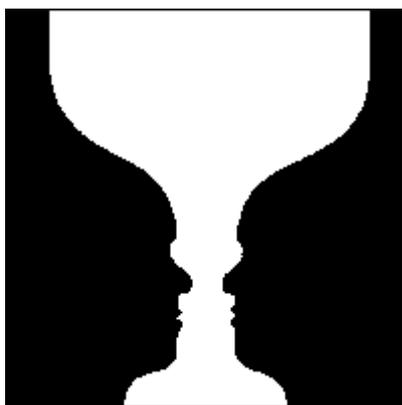
Галлюцинации отличаются от иллюзий отсутствием объекта восприятия. Человек при галлюцинациях не в состоянии отделить свои образы от реальности. Галлюцинации говорят о тяжести психопатологической симптоматики, встречаются при психозах. Выделяют истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации, при которых чело-

2020. С. 39.

¹ Психология : учебник для гуманитарных вузов / под общ. ред. В. Н. Дружинина. — СПб. : Питер, 2001. С. 464.

век способен выделить субъективные переживания из объективной действительности.

Характерной особенностью восприятия является его произвольность; при одинаковой представленности фигуры и фона здоровый человек может произвольно менять фигуру и фон (например, на рис. 4 представлены изображения, на которых одновременно можно увидеть несколько предметов; при нарушении произвольного восприятия респондент видит только один предмет).



а



б



в

Рис. 4. Соотношение фигуры и фона: а — ваза Рубина; б — иллюзия Клинтона и Моника; в — изображение девушки или старушки

Нарушения восприятия, по сравнению с расстройствами других сфер психической деятельности, сложно определить с помощью психологических методов. Это объясняется субъективным характером переживаний отклонений восприятия. Поэтому психологическое изучение данной психической сферы направлено на выявление скрытых расстройств, перевод их в явные, которые можно зарегистрировать иными способами. В качестве таких методов предложены пробы Ашафенбурга, Рейхарда, Липмана.

При пробе Ашафенбурга испытуемому предлагается разговаривать по телефону, при этом телефон не работает. Проба Рейхарда предполагает, что испытуемый на чистом листе бумаги увидит свои зрительные галлюцинации. При пробе Липмана респонденту следует надавить на веки и предложить сказать, что он видит. Данные пробы направлены на выявление галлюцинаторных или иллюзорных образов.

Проба Поппельрейтера (рис. 5) выявляет зрительные агнозии (точнее, предметные агнозии). Больные способны назвать части предметов, а предмет целиком увидеть не могут

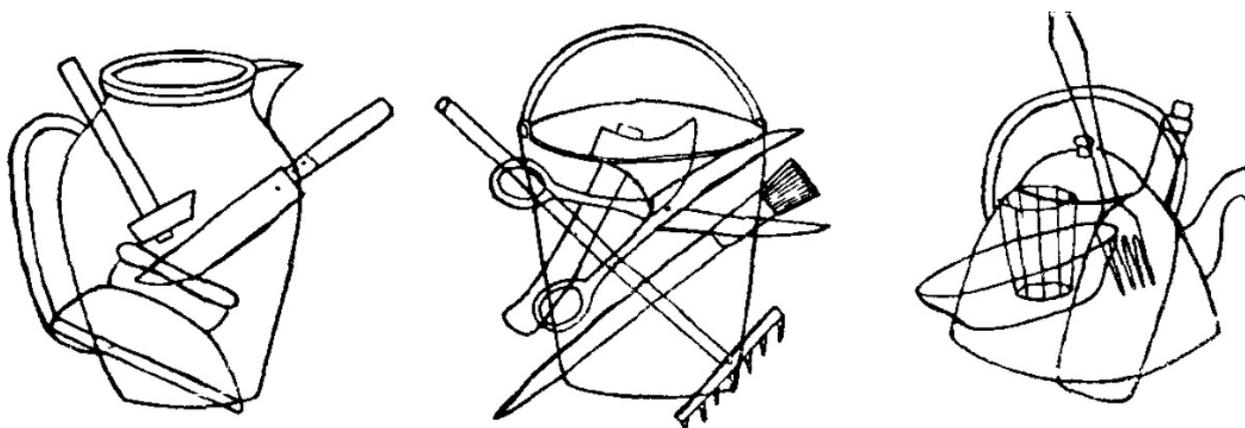


Рис. 5. Фигуры Поппельрейтера

Методика «часы» позволяет исследовать восприятие пространственных характеристик. Испытуемому предлагается определить, какое время показывают часы. Методика состоит из 42 циферблатов (пример представлен на рис. 6).

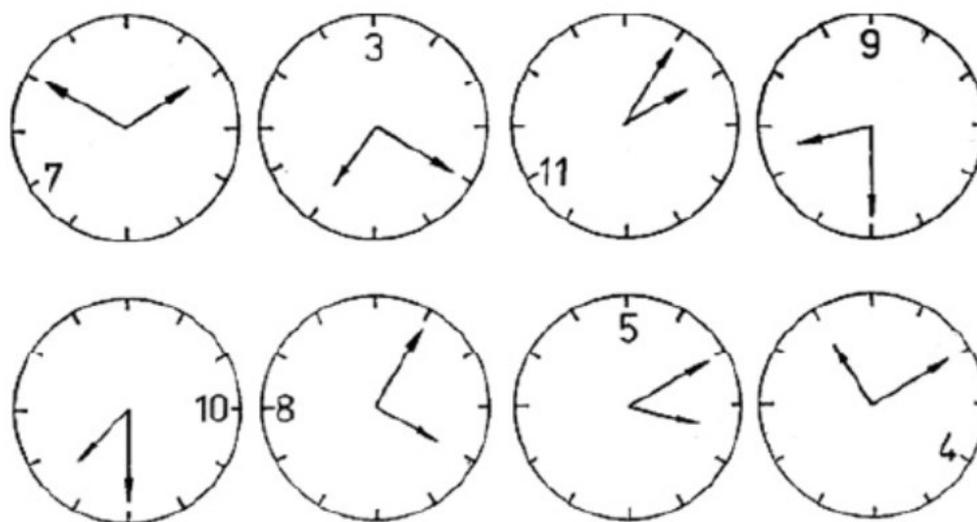


Рис. 6. Пример стимульного материала к методике «часы»

Нарушения **внимания** как самостоятельного психического процесса, пронизывающего все когнитивные процессы, часто встречаются при астенических состояниях, вызванных психогенными или соматогенными причинами, при поражениях головного мозга и психических расстройствах.

Внимание характеризуется объемом, избирательностью, устойчивостью, переключаемостью. Расстройства внимания могут встречаться у здоровых людей при различных соматических заболеваниях.

Выделяют синдромы нарушения внимания, к которым относят рассеянность (нарушение длительной концентрации); повышенную отвлекаемость (постоянная смена деятельности); инертность (нарушение переключаемости внимания).

Патологические нарушения внимания, которые влияют на психическую деятельность, обнаруживаются в:

- невнимательности — рассеянности и слабой концентрации;
- неустойчивости;
- сужении объема;
- истощаемости;
- инертности.

Существует множество методик, способных выявить нарушения внимания. Наиболее известными являются следующие:

1. «Корректирующая проба» (тест Бурдона) позволяет диагностировать концентрацию, устойчивость и переключаемость внимания. На бланке в случайном порядке напечатаны некоторые буквы русского алфавита (всего 2 000 знаков, по 50 букв в каждой строчке, необходимо зачеркивать две буквы — «к» и «р», отмечая каждую минуту; время выполнения — 10 мин.).

2. Тест Мюнстерберга позволяет исследовать избирательность и концентрацию внимания, помехоустойчивость. Испытуемому предлагается буквенный текст, в котором есть слова; надо как можно быстрее найти эти слова:

*бсолнцесвтрцоцэрайонзгучновостьъхэьгчяфактьуэкзамен-
трочягицигцкппрокуроргурсеабетеорияемтоджебьамхоккейтрсицы
фцуйгахттелевизорболджцзхюэлгцъбпамятьшогхеюжиспдргц
хицздвосприятиейцукендишцхъвафыпролдблюбловьябфырпл
осдспектаклячсинтьбюнбюерадостьвуфциеждлоррпнародиш
алдъхэитцгиернкуыфйшрепортажэкжлорлафывюфбьконкурс
йфнячыувскапрличностьзжэьеюдишцглоджинэлаваниедтлж
эзбьтрдишжнпркывкомедияшлдкуйфотчаяниейфоячвтлджэ
хьгфтасенлабораторияигцдцнруцтргшчтлроснованиещдэркэ
нтаврсухгвсмтрпсихиатриябплмстчьфясмтицзайэьягнтзхтм.*

3. Таблицы Шульте выявляют концентрацию и устойчивость внимания, представляют собой 25 цифр, написанных в случайном порядке. Фиксируется время, затраченное на нахождение цифр в прямом (от 1 до 25) или обратном (от 25 до 1) порядке.

4. Счет по Крепелину исследует утомляемость. Предлагается складывать в уме однозначные числа, представленные в столбцах.

Состояние **памяти** оценивается с помощью субъективных и объективных методов; к субъективным относят беседу и самооценку, объективные представлены различными психологическим методиками (например, методика 10 слов, тест Бентона (приложение 6)). Исследуется процесс запоминания, сохранения и забывания; их нарушения представлены амнезией, гипер- и гипомнезией и парамнезиями.

Амнезия — это выпадение из памяти определенных событий. Гипомнезия представляет собой ослабление всех процессов памяти. Гипермнезия говорит о болезненном усилении памяти. Парамнезиями называют обманы памяти. Выделяют псевдореминисценции (замена забытых событий ситуациями, происходившими в другое время) и конфабуляции (замена забытых ситуаций вымышленными событиями).

Значительные нарушения памяти не требуют проведения психологических исследований. При незначительных нарушениях или жалобах на снижение памяти наиболее часто используется методика запоминания 10 слов (А. Р. Лурия), исследующая кратковременное и долговременное вербальное запоминание. Респонденту зачитываются 10 слов, не связанных по смыслу, например, *лес, хлеб, окно, стул, вода, брат, конь, рука, мед, каша*. Слова зачитываются 5 раз, необходимо их воспроизвести сразу после прочтения и через час. «Лишние» слова встречаются у больных, страдающих органическими заболеваниями мозга.

Методика, предназначенная для выявления особенностей опосредованного запоминания (пиктограмма), включает в себя предъявление для запоминания 10–15 понятий; необходимо нарисовать то, что эти понятия обозначают; запрещается писать слова и буквы. Через час предлагается по рисункам воспроизвести первоначальные слова. Опосредованное запоминание возможно через заданные картинки, когда испытуемому предлагаются картинки, затем зачитываются слова (слова и картинки не связаны) и предлагается выбрать картинку, которая поможет вспомнить слово.

Мнестические особенности можно исследовать с помощью повторения цифр в прямом или обратном порядке, цифры начинаются с трехзначных и доходят, если человек хорошо запоминает, до десятизначных.

Нарушения **мышления** встречаются при психических и соматических расстройствах. Б. В. Зейгарник классифицировала эти нарушения как нарушения операциональной стороны, личностного компонента и динамики мышления.

Нарушения операциональной стороны или логической структуры и целенаправленности мышления выявляются в виде паралогического, бессвязного, аутистического, резонерского, атаксического, расплывчатого, формального, символического мышления и неологизмов.

Расстройства личностного или мотивационного компонента проявляется в резонерстве — бесплодном мудрствовании, разноплановости мышления — соскальзывании и разорванности мышления.

К нарушениям динамики мыслительной деятельности относят замедление и ускорение мышления, обстоятельное мышление, персеверацию и детализацию мышления.

Особый раздел нарушений мышления представляет патологическая продукция, к которой относят навязчивые явления, сверхценные идеи и бред. Бредом (лат. — delirium) принято считать ложное, ошибочное убеждение недоступное коррекции.

Наиболее распространенные патопсихологические методы исследования мышления связаны с классификацией, исключением понятий, аналогиями, обобщением, пониманием рассказов (проблема Эверье), пословиц и пр.

Одним из методов является складывание картинки из частей (пазлы), картинки делятся на 4 и большее количество частей, сопоставление частей позволяет выявить критичность мышления.

Классификация понятий представлена карточками с изображениями предметов или карточками со словами; респонденту предлагается разложить карточки на группы в зависимости от однородности предметов и назвать группы (приложение 4). Методика позволяет выявить особенности мышления, связанные с конкретностью, склонностью к детализации, опорой на латентные признаки.

В методике «Исключение понятий» может использоваться как визуальный стимульный материал, так и вербальный; из пяти (четырёх) предметов необходимо исключить один, который не подходит к остальным.

Вербальный стимульный материал:

1. Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
2. Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
3. Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.
4. Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
5. Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.
6. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
7. Лист, почка, кора, дерево, сук.

8. Дом, сарай, изба, хижина, здание.
9. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
10. Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
11. Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
12. Неудача, крах, провал, поражение, волнение.
13. Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
14. Минута, секунда, час, вечер, сутки.
15. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
16. Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

В данной методике анализируется выбор на основе интерпретации, предложенной испытуемым, необходим не только количественный, но и качественный анализ.

Методика «Последовательность событий» представлена рядом картинок; надо установить их последовательность и составить рассказ. Методика позволяет выявить особенности обобщения и отвлечения. Выделение существенных признаков также позволяет сделать вывод о процессах обобщения и отвлечения.

Понимание пословиц и поговорок выявляет интеллектуальный уровень, целенаправленность и критичность мышления.

Пиктограммы позволяют судить об особенностях памяти и мышления, а также о характере ассоциаций.

Речевые нарушения органического генеза встречаются при локальных поражениях мозга и диагностируются с помощью нейропсихологических методов. Встречаются расстройства речи и психогенного генеза, чаще всего у детей (как следствие перенесенной психотравмы), такие нарушения имеют функциональный характер.

Речь может быть импрессивной (понимание речи; делится на письменную (чтение) и устную (слушание)) и экспрессивной (выражение мыслей; делится на письменную (письмо) и устную (речепроизводство)). Нарушения речепроизводства называются афазиями, чтения — алексиями, письма — аграфиями.

Наиболее распространенное нарушение устной речи — заикание (нарушение ритма или темпа) связано со спазмами мышц; сензитивный период возникновения — от 2 до 6 лет. Выделяют органическое и функциональное (психогенное) заикание, или логоневроз. Логоневроз бывает трех видов:

- тонический — сложно начать говорить;
- клонический — постоянные повторения;
- тонико-клонический.

Диагностика не представляет сложностей, лечение комплексное, с участием психолога или психотерапевта.

Распространенное нарушение письменной речи у детей — дисграфия, которая проявляется в искажении, замене или пропуске букв в словах. Дисграфия бывает:

- оптическая — ребенок не видит ошибок;
- акустическая — не слышит определенных звуков;
- моторная — не может написать букву или часть буквы;
- аграфия — не в состоянии овладеть письменной речью.

Дислексия — нарушения чтения, проявляющиеся или в чтении по слогам, или в чтении по буквам, неспособности слитного чтения.

Следует помнить, что мозг обладает высокой компенсаторной способностью, поэтому речевые расстройства, связанные с мозговыми нарушениями, при своевременно оказанной помощи могут частично или полностью нивелироваться.

6.2. Психологическая диагностика регуляторных психических процессов

Эмоциональные нарушения, или аффективные расстройства часто встречаются при психических заболеваниях. Изменение эмоционального состояния происходит от нейтрального к положительному или отрицательному полюсу, также наблюдается изменения динамики эмоций.

Аффективные нарушения включают в себя дистимию, гипотирию, гипертимию и нарушение динамики эмоций. Дистимия представляет собой постоянно подавленное настроение, гипотимия — сниженное, гипертимия — повышенное настроение. Нарушение динамики проявляется в эмоциональной лабильности — постоянной быстрой смене настроения, эмоциональной ригидности — «застревании» какой-либо эмоции (нозологические единицы — биполярное аффективное расстройство и циклотимия).

Аффективные расстройства возникают в связи с появлением таких эмоциональных состояний, как страх, тревожность, тоска. Страхом называют актуальное, острое переживание опасности, часто связанное с непосредственной угрозой собственной жизни или жизни близких. Тревожностью называют предвосхищение опасности, ситуацию неопределенности. Тоской называют тягостное ощущение мучительного сжатия и стеснения за грудиной.

Наиболее простая и достаточно популярная методика диагностики актуального эмоционального состояния — опросник САН (самочувствие, активность, настроение), который разработан В. А. Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, В. Б. Шарай и М. П. Мирошниковым. При оценке эмоционального состояния важно учитывать соотношение трех компонентов (у человека, находящегося в оптимальном состоянии, разница между тремя шкалами будет незначительной).

Методика «Самооценка эмоциональных состояний» А. Вессмана и Д. Рикса предназначена для самооценки эмоционального состояния и самочувствия в актуальный момент (приложение 7).

Тест-анкета «Эмоциональная направленность» Б. И. Додонова состоит из 10 видов эмоций, выделенных автором: альтруистические, коммуникативные, глорические (от лат. gloria — слава), практические, пугнические (от лат. pugna — борьба), романтические, акзигитивные (от франц. — acquisition), гедонистические, гностические, эстетические эмоции.

Торонтская алекситимическая шкала (TAS) (Дж. Тейлор) адаптирована в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Выделяются алекситимический и неалекситимический типы личности (приложение 8).

Методики экспресс-диагностики В. В. Бойко:

- личностной склонности к сниженному настроению (дистимии);
- типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды;
- неуправляемой эмоциональной возбудимости;
- склонности к аффективному поведению;
- помех в установлении эмоциональных контактов;
- диагностики эмоционального «выгорания» личности.

Шкала нервно-психического напряжения Т. А. Немчина предназначена для диагностики психического состояния, связанного с предвосхищением неприятного развития событий, сопровождающихся тревогой, страхом.

Методика самооценки уровня тревожности Ч. Спилбергера и Ю. Л. Ханина определяет ситуативную и личностную тревожность.

Простым, но не очень валидным методом диагностики актуального эмоционального состояния является методика М. Люшера (8 цветов), позволяющая выявить уровень тревожности, утомления.

Двигательные нарушения возникают вследствие органических или психогенных нарушений. Моторные расстройства органической

природы связаны с изменениями в костно-мышечной или нервной системах организма. Для психологов более интересными являются психогенные двигательные расстройства, имеющие функциональный характер и возникающие под влиянием психологического компонента. При нарушении выполнения произвольных действий происходит расстройство либо инициации, либо выполнения.

Произвольность движений зависит от волевой регуляции, поэтому при нарушении целенаправленного действия или сознательного контроля над этими действиями следует говорить о нарушениях воли. При расстройствах речевой моторики разрушается целенаправленность, и реализация этого действия кажется нелепой, лишённой смысла.

Непосредственно к волевым расстройствам относятся:

- гипербулия — усиление волевой активности — импульсивные, спонтанные, хаотичные действия;
- гипобулия — ослабление волевой активности, отсутствие побуждений (астенические состояния);
- абулия — отсутствие желаний, действий (депрессии);
- парабулия — извращение волевой активности — пассивное подчинение, однотипное повторение действий, ступор, мутизм и др.

Патология воли может приводить к нарушениям влечений, растормаживанию инстинктов и, как следствие, к нарушению поведения в целом.

Выделяют три типа нарушения инстинктов:

1. Нарушения пищевых инстинктов:

- булимия; постоянное желание есть;
- анорексия; ослабление или утрата чувства голода;
- парорексия, поедание несъедобного.

2. Нарушения инстинкта самосохранения:

- повышение; боязнь всего нового; склонность к неизменному;
- снижение; гетероагрессивность; аутоагрессивность;
- извращение; суицид; самоувечья.

3. Нарушения половых влечений:

- гиперсексуальность; болезненное усиление; нимфомания; сатириазис,
- гипосексуальность; ослабление или отсутствие полового влечения;
- половые извращения.

При выявлении или предположении патологии регуляторных психических процессов психолог должен предложить респонденту

проконсультироваться у психиатра, при этом объяснив, что раннее начало психокоррекционных мероприятий позволит обеспечить лучшее восстановление или предотвращения появления негативных последствий.

6.3. Диагностика характерологических и личностных нарушений

Одним из актуальных вопросов клинической психологии является изучение влияния характерологических и личностных особенностей на возникновение, течение и исход заболевания. Характером называют совокупность устойчивых индивидуально-психологических характеристик, которые возникают и проявляются при социальном взаимодействии и деятельности, объясняющую типичные способы поведения. Характер проявляется в целях, мотивах, деятельности, социальном взаимодействии.

Характер является подструктурой личности, ее устойчивых особенностей, типичных проявлений.

Выделяют такие черты личности, как экстраверсия и интроверсия, которые в основном диагностируются с помощью тест-опросника Г. Айзенка для диагностики экстраверсии, интроверсии и нейротизма.

Характер формируется на основе темперамента, который можно определить с помощью того же опросника Г. Айзенка, методики Я. Стреляу (диагностики темперамента), методика диагностики темперамента В.М. Русалова и др.

Существует множество типологий характера; наиболее популярными диагностическими методиками являются: опросник Г. Шмишека и К. Леонгарда (методика акцентуации характера и темперамента личности), опросник акцентуаций характера А. Е. Личко.

К наиболее используемым в психологии личностным опросникам относят многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16PF, ММРІ — миннесотский многофакторный личностный опросник (в адаптации Л. Н. Собчик).

В общепризнанную стратегию психологической диагностики расстройств личности входят сбор анамнеза, беседа, полуструктурированное интервью, использование опросников. При этом по результатам обработки опросников не устанавливают диагноз, а предполагают возможные направления углубленной диагностики для помощи психиатрам в установлении диагноза.

Расстройства личности в современной классификации болезней (МКБ-11) имеют следующие критерии:

- неадекватные способы познания, поведения, эмоциональных переживаний;
- дезадаптивные формы поведения, особенно в межличностных отношениях;
- проявления нарушений во многих ситуациях (не однократные);
- стабильные и продолжительные нарушения;
- наиболее ярко проявляются в подростковом возрасте (при выявлении в более позднем возрасте применяется термин «позднее начало»).

Расстройства личности делятся по степени выраженности (от легкого до тяжелого). Легкая степень предполагает трудности в межличностных отношениях без причинения вреда себе или окружающим. Средняя степень предполагает трудности в профессиональной и межличностной сферах, возможно желание или попытки причинения вреда себе или окружающим, не связанные с угрозой жизни. Тяжелая степень затрагивает все сферы жизни, отмечается наличие проблем в профессиональной или социальной деятельности, присутствуют мысли о нанесении тяжелого вреда себе или окружающим.

В МКБ-11 глава 6 называется «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития» (см. приложение 9).

Расстройства личности, по мнению С. Л. Соловьевой, «представляют собой комплекс глубоко укоренившихся, ригидных и дезадаптивных личностных черт, обуславливающих специфическое восприятие и отношение к себе и к окружающим, снижение социального приспособления и, как правило, эмоциональный дискомфорт и субъективный дистресс»¹. При диагностировании личностных расстройств не стоит их путать с актуальным психическим состоянием, с вторичными изменениями личности вследствие заболеваний или органической патологии мозга, с профессиональной деформацией.

В зависимости от поставленного диагноза выбирается не только лечение, но и психологическое сопровождение, методы психологической коррекции и реабилитации.

¹ Соловьева С. Л. Патология личности : учебное пособие / С. Л. Соловьева, Е. Б. Одерышева. — СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. С. 17.

Клинико-психологический анализ нарушений психических процессов — это различение нормы и патологии с помощью психологических методов. Сбор информации о жизни и развитии клиента позволяет предположить причины возникновения нарушений психических процессов. Клинико-психологический диагноз с помощью оценки поведения, психических функций и эмоций, характерологических особенностей и внешних обстоятельств нарушения описывает специфические характеристики поведения, мышления, эмоций и чувств, присущих какому-либо психическому расстройству.

Медицинская диагностика строится на нозологическом принципе, основывающемся на понятности для любого исследователя поведения и особенностей психической деятельности. Клинико-психологическая диагностика акцентирует внимание на выявлении единичных признаков нарушений и нахождении их связи с патологическими процессами. Патологические процессы нозологически ограничиваются с помощью симптомов.

Клинико-психологическое исследование представлено сбором анамнеза, беседой, наблюдением и экспериментом.

В сбор анамнеза входит информация об основных этапах и значимых событиях жизни, которые могли повлиять на возникновение отдельных симптомов.

Клинико-психологическое интервью (беседа) — метод сбора информации об индивидуально-психологических характеристиках и состояниях индивида. Такая беседа имеет цель и план проведения, носит характер диалога и выявляет наличие или отсутствие явных и скрытых признаков патологического процесса.

Клинико-психологический эксперимент выявляет специфические особенности психической деятельности в искусственно созданных условиях и реализуется как стандартизированными, так и нестандартизированными методиками. Методики подбираются по определенным принципам: во-первых необходимо всестороннее изучение особенностей психической деятельности, во-вторых, необходимо использование близких по направленности методик для повышения надежности эксперимента.

Таким образом, нарушения психических процессов многогранны. Известно, что психические процессы представляют собой системное отражение внутренних и внешних воздействий, позволяющих человеку приспособливаться к окружающему миру. При неадекватном отражении говорят о психических расстройствах.

Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Объясните выбор методик для патопсихологического исследования.
2. Расскажите о выявлении нарушений восприятия.
3. Опишите выявление нарушений памяти.
4. Расскажите о выявлении нарушений мышления и интеллекта; о выявлении нарушений внимания.
6. Опишите выявление нарушений эмоционально-волевой сферы.
7. Расскажите о выявлении нарушений характера и личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиническая психология — психологическая дисциплина, применяющая психологические знания для изучения психологических нарушений при психических и соматических расстройствах, а также аномалиях развития. Данная дисциплина способствует решению ряда задач, в том числе в правоохранительной системе Российской Федерации. Практические задачи клинического психолога заключаются в выявлении психологических нарушений, развитии адаптационных возможностей человека, оптимизации психических состояний, профилактике болезней и др. Клиническая психология также исследует вопросы влияния профессиональной деятельности на возникновение различных болезней (соматических, психосоматических, пограничных расстройств) и их профилактики.

Основными разделами клинической психологии являются патопсихология, нейропсихология и психосоматическая медицина (психосоматика), исследующие психическое здоровье человека и позволяющие проводить диагностические, прогностические, коррекционные и научные исследования. Основными проблемами клинической психологии выступают патопсихологическая диагностика с целью выявления патологических изменений, нейропсихологические исследования, позволяющие одновременно и диагностировать, и корректировать выявленные нарушения, а также связь психической и соматической сфер, проявляющаяся в психосоматических нарушениях и заболеваниях.

Для более глубокого изучения клинической психологии с целью раннего выявления и предупреждения функциональных нарушений психики рекомендуется изучение особенностей проявлений психических нарушений, психических заболеваний и психологических методик, способствующих их определению. Понимание сущности клинической психологии, психотерапии, позволяет повысить эффективность деятельности сотрудников органов внутренних дел.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные правовые акты:

1. Федеральный закон от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции».
2. Федеральный закон от 30.11.2011 № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 № 1259 «Об утверждении правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации».
4. Приказ МВД России от 02.09.2013 № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации».
5. Приказ МВД России от 25.12.2020 № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации».

Основная литература:

1. Иванова А. Я. Теоретико-методологические аспекты патопсихологии детского возраста / под ред. Э. С. Мандрусовой. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2020. — 182 с.
2. Колесник Н. Т. Клиническая психология : учебник для вузов / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова; под ред. Г. И. Ефремовой. 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Юрайт, 2023. — 359 с.
3. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : учебник. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2019. — 423 с.

Дополнительная литература:

1. Алехин А. Н., Малкова Е. Е. Экспертная деятельность клинического психолога : учебно-методическое пособие. — Санкт-Петербург : РГПУ им. А. И. Герцена, 2019. — 64 с.
2. Барина М. Г. Клиническая психология : практикум. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2015. — 59 с.
3. Барина М. Г. Клиническая психология : учебное пособие. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2016. — 73 с.
4. Барина М. Г. Клиническая психология : учебное наглядное пособие. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2019. — 72 с.

5. Баринаова М. Г. Клиническая психология : учебно-методическое пособие. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2019. — 68 с.

6. Венгер А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. — Москва : Юрайт, 2023. — 312 с.

7. Дикая Л. А. Коммуникативная компетентность клинического психолога : учебное пособие. — Ростов-на-Дону : Южный федеральный университет, 2016. — 108 с.

8. Менегетти А. Психосоматика с точки зрения онтопсихологии : практическое пособие / пер. с ит. — Москва : НФ «Антонио Менегетти», 2021. — 352 с.

9. Човдырова Г. С., Клименко Т. С. Клиническая психология: общая часть : учебное пособие. — Москва : Юнити-Дана, 2017. — 247 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Шкала стресса Холмса — Рея Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

Шкала является перечнем наиболее распространенных жизненных стрессоров. Каждому стрессору присвоен свой весовой коэффициент.

Инструкция: если упомянутое событие произошло в прошлом году или ожидается в ближайшем будущем, скопируйте число в столбце оценки. Если событие произошло или ожидается, что оно произойдет более одного раза, умножьте это число на частоту события.

Смерть супруга (супруги)	100	
Развод	73	
Раздельное проживание супругов (без развода)	65	
Лишение свободы	63	
Смерть близкого родственника	63	
Травма или болезнь	53	
Вступление в брак	50	
Увольнение с работы	47	
Примирение супругов	45	
Выход на пенсию	45	
Проблемы со здоровьем у члена семьи	44	
Беременность	40	
Сексуальные проблемы	39	
Прибавление в семействе, рождение ребенка	39	
Реорганизация на работе	39	
Изменение финансового состояния	38	
Смерть близкого друга	37	
Смена вида деятельности	36	
Ухудшение внутрисемейных отношений	35	
Большие ипотечные платежи	32	
Просрочка выплат по ипотеке или кредиту	30	
Изменение обязанностей на работе	29	
Ребенок вырос и покидает родительский дом	29	
Проблемы у родственников	29	
Выдающееся личное достижение	28	
Супруг(а) начинает или прекращает работу	26	
Начало или окончание школьного обучения детей	26	
Изменение условий жизни	25	
Изменение личных привычек	24	

Проблемы с начальством	23	
Изменение графика работы или условий труда	20	
Изменение места жительства	20	
Смена места обучения детей	20	
Смена привычного вида отдыха	19	
Изменения в участии в жизни религиозной общины	19	
Изменения в социальной активности	18	
Небольшой долг или ипотека	17	
Изменение в привычках сна, нарушения сна	16	
Изменение в количестве членов семьи, проживающих вместе	15	
Изменение в привычках питания	15	
Отпуск	13	
“Длинные выходные”	12	
Незначительное нарушение закона (штраф за неправильную парковку и т. п.)	11	
ВСЕГО БАЛЛОВ:		

Трудно интерпретировать общий счет из-за различий в индивидуальных способностях справляться со стрессом. Тем не менее есть несколько общих рекомендаций по оценке:

Общий балл 150 или менее предполагает низкий уровень стресса и низкую вероятность развития расстройства, связанного со стрессом (менее 30 %).

Общий балл от 150 до 299 указывает на умеренный уровень стресса, а вероятность развития расстройства, связанного со стрессом, составляет около 50 %.

Общий балл 300 или более предполагает высокий уровень стресса; вероятность развития расстройства, связанного со стрессом, составляет около 80 %.

Пример использования критериев психической нормы по Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакову

Молодая женщина, 26 лет, незамужняя, проживала вместе с матерью и отчимом в частном доме. Однажды, вернувшись с работы раньше родителей, решила помыть полы в доме, пока никого нет. Девушка уже вымыла пол в комнатах, коридоре и домывала крыльцо, когда пришел с работы отчим. На улице шел дождь, было очень грязно, но мужчина, не вытерев ног, прошел по еще влажным, чисто вымытым доскам крыльца в комнаты, оставляя за собой комья грязи. Девушка крикнула ему вслед, но отчим не обратил внимания. Она снова начисто вымыла крыльцо, но тут же на крыльцо вышел отчим и направился в сарай на участке. Когда он снова стал подниматься на крыльцо, падчерица, размахнувшись пластиковым ведром с грязной водой, ударила мужа матери.

Удар пришелся по касательной, задел плечо, была сломана ключица. Если бы удар был нанесен чуть выше и точнее, он оказался бы смертельным.

Возникает ли в связи с этой историей мысль, что у ее героини «не все в порядке с головой»? Конечно, обидно бывает и зло берет, когда не ценят наши труды на общее благо, но не кости же ломать за это, тем более, девушка.

Первым ответом будет «НЕТ». О «хорошей» норме говорить не приходится, «условная» норма или патология.

Патологию показывают два первых критерия.

Первый критерий — «Причинная обусловленность психических явлений». Понятно ли, почему разозлилась девушка и сделала то, что сделала? Вполне понятно. Критерий не нарушен.

Второй критерий — «Максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности». Продиктовано поведение галлюцинациями или бредом? Нет. Критерий не нарушен. Значит, это условная норма.

Рассматриваем оставшиеся критерии. Третий критерий — «Соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей» — подходит под описание.

Проверяем другие критерии, подходит восьмой критерий. Задаем вопрос: чего добивалась героиня истории? Хотела подавить сопротивление? Устрашить («Со мной так не смей!»)? Нет, иначе «покарала» бы сразу, а тут один раз стерпела, другой. То, что случилось — это бунт отчаяния. Бессмысленный, и только потому беспощадный.

Описанный случай относится к условной норме. Нарушен третий критерий «Соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей».

Примерные вопросы при сборе психологического анамнеза¹

1. Семейный анамнез:

- сколько лет было родителям на момент рождения;
- кто родители по образованию;
- братья, сестры, разница в возрасте;
- родители в браке или нет;
- отношения с мамой и папой;
- какие родители по характеру;
- участвовали ли в воспитании бабушки и дедушки;
- бытовые условия, материальное благополучие.

2. Акушерский анамнез:

- какие были роды.

3. Внесемейные влияния:

- ходил ли в детский сад, были ли сложности с адаптацией, с воспитателями, детьми;
- школа (в каком возрасте пошел и как адаптировался в 1 классе (отношения с одноклассниками и учителями); как учился, какие предметы давались лучше, какие хуже, отношение к оценке; 5 класс и старшие классы (9–11), (межличностные отношения, формирование групп, к какой относился));
- кружки, дополнительные занятия.

4. Выбор профессии и профессиональный выбор:

- продолжил ли учиться, как выбрал профессию;
- учился, доучился или нет;
- как выбирал работу.

5. Нагрузочные ситуации:

- что воспринимает как особо трудное;
- переезд, развод, смерть близких и т. д.;
- перенесенные в прошлом болезни и реакции на них.

6. Вредные привычки:

- курит (курил);
- отношение к алкоголю;
- если употребляет много алкоголя, то сколько, в каких дозах и как часто;
- отношение к наркотикам;
- отношение к компьютерным играм.

¹ Пушкина Т. П. Патопсихология : учебное пособие. — Новосибирск, 2017. — 107 с.

7. Сексуальная сфера:

- отношения с противоположным полом;
- когда завязались серьезные отношения, был ли интим;
- по каким причинам вступил в брак;
- конфликты, трудности, измены, разводы;
- дети; запланированные или нет;
- есть ли сейчас сложности.

Психолог задает вопрос: «Есть ли что-то такое, что я у вас не спросил(а), что было бы важно знать?». Необходимо также отметить особенности внешнего вида больного, интенсивность эмоциональных реакций (это желательно делать незаметно для обследуемого).

Методика классификации предметов¹

Данная методика впервые предложена К. Гольдштейном, доработана Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник. Считается одной из основных в патопсихологии.

Исследует следующие характеристики:

- процессы обобщения и абстрагирования;
- анализ последовательности умозаключений;
- критичность и обдуманность действий испытуемых;
- особенности памяти;
- устойчивость и объем внимания;
- реакции обследуемых на критику, достижения и неудачи.

Порядок проведения методики.

Необходимо иметь стандартный набор (разработанный институтом психиатрии), состоящий из 68 карточек с изображениями растений, животных и различных предметов. Методику можно применять для исследования как взрослых, так и детей (для тестирования дошкольников используют не все карточки).

Исследование проходит в три этапа.

Первый этап — «глухой». Экспериментатор выборочно достает 6–7 карточек, раскладывает перед обследуемым, после чего отдает ему карточки (рисунками вверх) и говорит: «Разложите эти карточки на столе — что к чему подходит». При возникновении у обследуемого вопросов о том, как надо правильно раскладывать, следует сказать, чтобы он делал, как считает нужным. Экспериментатор фиксирует, как обследуемый справляется с заданием, насколько быстро в нем ориентируется.

Второй этап начинается, когда обследуемый разложил 15–20 карточек. Он заключается в коррекции неправильной работы испытуемого (или похвале). При неправильной работе следует сначала отметить положительные аспекты выполнения, затем обратить внимание на недостатки. Если он правильно раскладывает карточки, можно не уточнять названия групп, а при появлении ошибок нужно спросить у испытуемого, как называются его группы. Можно и не обращать внимания на ошибки обследуемого, проверить заметит ли он их сам. Если испытуемый спросит, собирать крупные или мелкие группы, необходимо отвечать уклончиво, что нужно собирать так, как он считает нужным. Если обследуемый перебирает карточки в руках, отбирая в определенные группы, необходимо ему сказать, что этого делать нельзя, в случае если он украдкой все же продолжает просматривать картинки, нужно отметить это в протоколе. Второй этап заканчивается при разложении всех карточек.

Третий этап начинается, когда испытуемый собрал и назвал все группы (разложил все карточки). Стоит сказать, что с предыдущим заданием он справился хорошо и теперь необходимо соединить группу с группой так, чтобы их осталось

¹ Пушкина Т. П. Патопсихология.

как можно меньше, но чтобы каждой из групп можно было дать общее название. Если испытуемый затрудняется, то можно объединить несколько групп (простые (растения) или сложные (неодушевленные предметы)). При трудностях следует похвалить испытуемого, отметить, что у него хорошо получается.

Правильно собранные группы в протоколах отмечают знаком «+» и не перечисляют входящие предметы даже при неполной группе. При неправильном сборе групп записывают входящие предметы и обоснование такого объединения.

Обработка и интерпретация данных.

При обработке данных необходимо отмечать, на каком этапе допущена ошибка, так как это имеет разное значение при интерпретации.

При допущении ошибок на первом этапе можно предположить неполное понимание инструкции, если наоборот испытуемый с малым образованием быстро образует группы (правильно), можно сделать вывод о быстрой обучаемости, хорошей ориентировке в новом.

Если обследуемый делает ошибки при обобщении на втором этапе, то это свидетельствует о выраженной умственной отсталости. Если испытуемый самостоятельно объединил группу «измерительные приборы» и ее назвал, то можно сделать вывод, что ему доступен высокий уровень обобщения.

Объединение предметов в группы на втором этапе по конкретноситуационным связям (например, стакан со столом — «стакан стоит на столе», ребенка с доктором — «это его папа» и т. д.) говорит о том, что у обследуемого преобладает конкретное мышление.

Если испытуемые определяют очень мелкие группы (к примеру, «посуда кухонная» и «посуда чайная», «домашние животные» и «дикие животные»), можно выделить чрезмерную детализацию, вязкость мышления, проявляющуюся при эпилепсии и иногда при ремиссии шизофрении. На предложение укрупнить группы они реагируют бурным отказом с объяснением невозможности данной операции.

Если присутствуют сходные группы (например, животные, потом опять животные), то это говорит о невнимательности испытуемого, его рассеянности (создал группу и забыл, не видит ее), сужении объема внимания. Это характерно при сосудистых заболеваниях и при органических поражениях головного мозга.

Если испытуемые устанавливают группы как чрезмерно обобщенные, так и конкретные, детальные, то это может быть при шизофрении (разноплановость — к примеру, собирает группы «измерительные приборы», «посуда», «мебель» и «остроконечные», «нарисованные серым», что свидетельствует о расплывчатости мышления, неэкономичности), иногда при органических поражениях головного мозга.

При обсуждении результатов на втором этапе можно отследить, как испытуемый реагирует на критические замечания, исправляет ошибки, обучается. При умственной отсталости испытуемые часто затрудняются дать названия полученным группам (даже если они правильно собраны). При шизофрении названия групп часто носят вычурный характер (например вместо «посуда» — «средства для помещения объемов», «транспорт» — «дополнительные средства передвижения»). Малообразованные испытуемые с личностным расстройством,

которые хотят произвести впечатление на экспериментатора, называют группы с претенциозностью (например, «посуда» — «принадлежность культурного быта для принятия пищи»).

Анализ третьего этапа выполнения методики позволяет понять, насколько испытуемому доступно понимание сложных обобщений. Важно обращать внимание на следующие особенности выполнения: если испытуемый с незначительной помощью либо самостоятельно оставляет только 2–3 группы («живые существа», «растения» и «неодушевленные предметы» либо «одушевленные предметы» и «неодушевленные предметы»), то можно сделать вывод, что испытуемому доступно сложное обобщение. Если у испытуемого есть высшее образование и он при этом устанавливает конкретные группы, то можно предположить интеллектуальное снижение. Если конкретные группы создал человек малообразованный, можно это пропустить.

При астеническом синдроме (с интеллектуальной сохранностью) испытуемые затрудняются в выполнении классификации на втором этапе (их затрудняет большое количество карточек) и легко выполняют третий этап, так как материала немного, главное в умении абстрагироваться.

При шизофрении множество карточек, их деталей служит источником для возникновения вычурных, причудливых ассоциаций, разноплановости мышления, а сложные обобщения третьего этапа их обычно не затрудняют (достаточно часто на первом этапе собирают 2 группы: «живое» и «неживое»).

Важна для анализа реакция на помощь экспериментатора. Если при неправильном раскладе карточек на вопрос экспериментатора, какие предметы в данной группе или как группа называется:

— замечает ошибки, сразу их исправляет — то это ошибки внимания, а не умозаключения испытуемого;

— не исправляет допущенных ошибок, а обосновывает свои выборы — это ошибка в рассуждениях испытуемого;

— спорит с экспериментатором, отстаивает свою точку зрения — это говорит о нарушении критичности мышления (в большинстве случаев при шизофрении);

— исправляет ошибку при указании на нее экспериментатором, но тут же делает подобную (нет мотива правильно выполнять задание) — такое отмечается при паралитических синдромах и органических поражениях головного мозга.

Если обследуемый при похвале экспериментатора начинает хуже выполнять задание, делать нелепые ошибки, то это может свидетельствовать об аггравации (например, класть не подходящие карточки в правильно собранные группы, переворачивать карточки изображениями вниз и т. д.).

При личностных расстройствах похвала может мобилизовать внутренние ресурсы больных.

Методика может быть представлена как в виде картинок, так и в виде слов. Ниже представлен список слов:

моряк
 детское платье
 цветок мака
 кузнец
 термометр
 жук
 ножницы
 ласточка
 телега
 лошадь
 чернильница
 арбуз
 велосипед
 белый гриб
 лук
 самолет
 тетрадь
 доктор
 грузовик
 глобус
 карманные часы
 вишня
 чашка с блюдцем
 диван

ботинки
 лиса
 собака
 стол
 золотая рыбка
 лопата
 кастрюля
 ягненок
 кровать
 сантиметр
 голубь
 свинья
 пила
 штангенциркуль
 лебедь
 дерево
 свекла
 груша
 бутылка
 этажерка
 морковь
 метла
 лиственное дерево
 уборщица

стакан
 гриб-мухомор
 кошка
 книги
 ковшик
 шапка-ушанка
 коза
 весы
 бабочка
 рыба (каarp)
 гусь
 яблоко
 платяной шкаф
 ребенок
 куртка
 слон
 ландыш
 петух
 медведь
 лыжник
 теплоход
 слива

Примеры изображений приведены на рис. 1, 2.

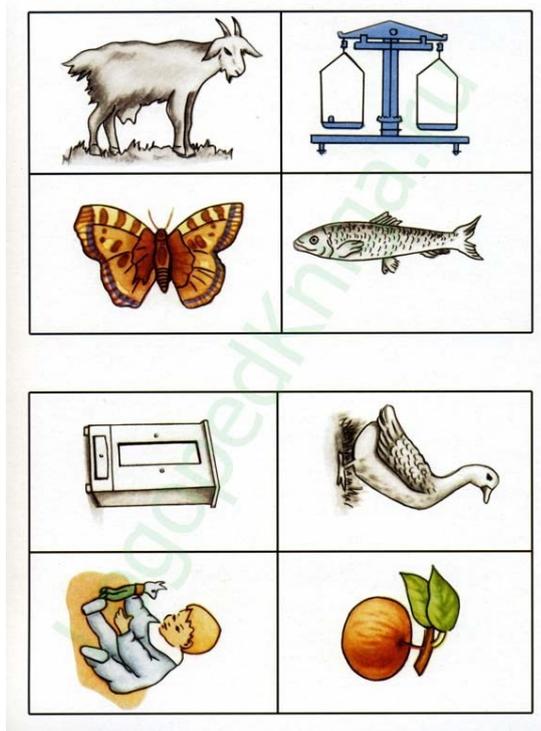
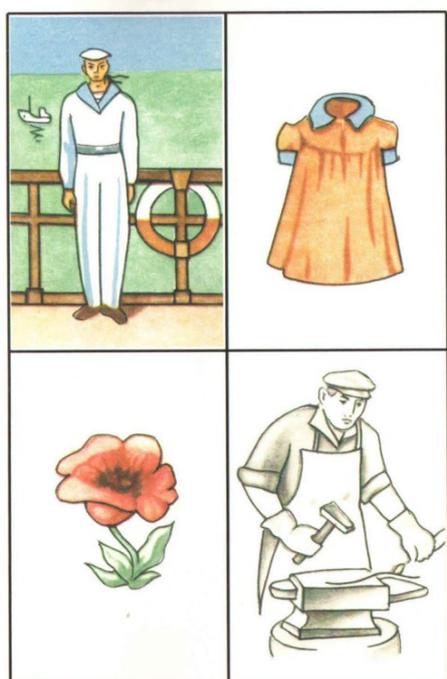


Рис. 1. Пример цветных изображений методики «Классификация предметов»



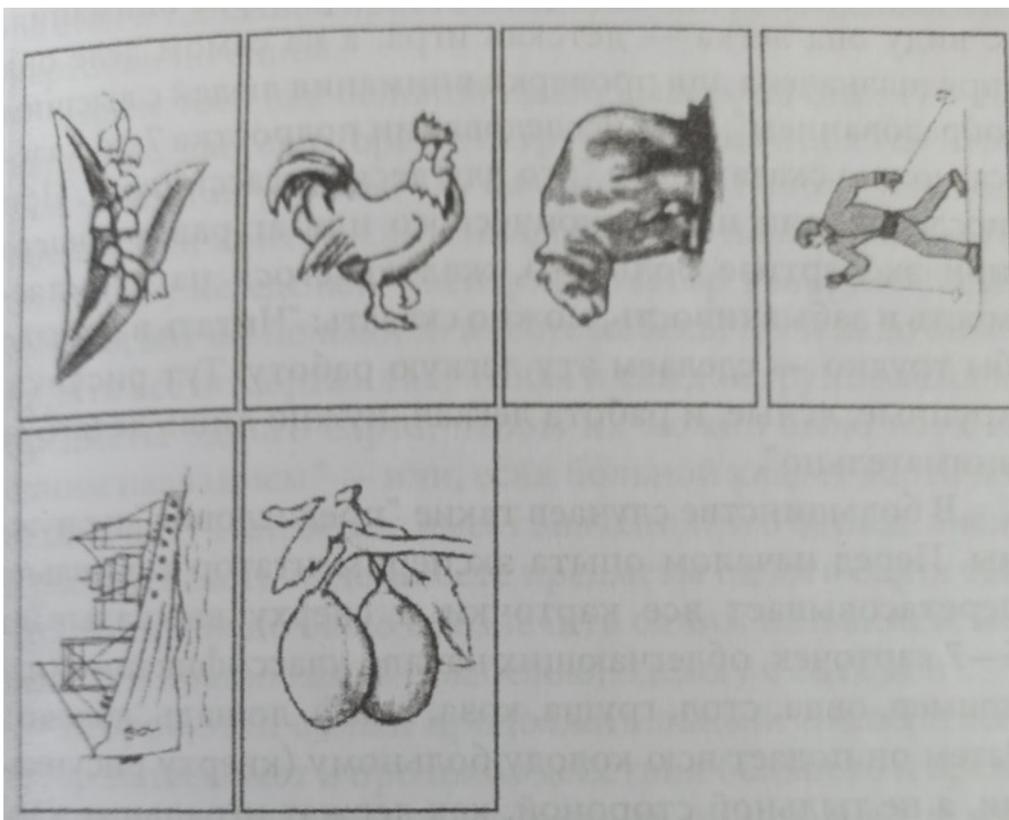


Рис. 2. Стимульный материал к методике «Классификация предметов»

Нейропсихологическая диагностика

Методы диагностики когнитивных нарушений¹

Одним из самых распространенных способов определения интеллектуального дефицита является тест «Мини-ког» (англ. Mini-Cog). Этот тест состоит из трех заданий:

1) запомнить и повторить три названных слова (например: «лимон, ключ, шар»); слова могут быть использованы любые, общеупотребительные, хорошо знакомые пациенту;

2) нарисовать часы (большой круглый циферблат) со стрелками, показывающими определенное время (например, без пятнадцати два);

3) вспомнить три слова, которые были названы в первом задании.

Для оценки результата за каждое правильное слово присваивают 1 балл.

Если пациент не назвал три слова или назвал менее трех слов, предполагают когнитивные нарушения. В таком случае необходимо более детальное обследование когнитивных функций.

Следующим довольно популярным тестом является Краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС) (англ. — Mini-mental State Examination, MMSE). Это короткий опросник из 30 пунктов, широко используемый для первичной оценки состояния когнитивных функций и скрининга их нарушений, в том числе деменции. КШОПС включает ряд вопросов, направленных на определение нарушений функций памяти, внимания, восприятия, ориентировки в месте, во времени и пространстве, способности к счету и письму. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что будет соответствовать наиболее высоким когнитивным способностям. Результаты теста трактуют следующим образом: 28–30 баллов — норма, 24–27 баллов — умеренные когнитивные нарушения, 20–23 балла — легкая деменция, 11–19 баллов — умеренная деменция, менее 10 баллов — тяжелая деменция. Полученные с помощью КШОПС результаты необходимо сопоставить с данными клинического и параклинического исследований.

Монреальская шкала когнитивной оценки (англ. — Montreal Cognitive Assessment, MoCA) разработана для быстрого скрининга мягких когнитивных нарушений. С ее помощью оценивают различные когнитивные функции: внимание и способность концентрироваться, исполнительские функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ори-

¹ Курбанова М. М., Галаева А. А., Стефановская Е. В., Суворкина А. А., Алиханов Н. М. Современные методы диагностики когнитивных нарушений // Российский семейный врач. 2020. Т. 24. № 1. С. 35–44.

ентированность. Обследование пациента при помощи MoCA занимает приблизительно 10 мин. Максимальное количество баллов — 30, норма — 26 и больше.

Большинство скрининговых когнитивных шкал обладает существенным недостатком — они не учитывают уровень образования и интеллекта до момента снижения когнитивных функций. Для преодоления этой проблемы был создан опросник IQCODE (от англ. — Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly).

Данный опросник позволяет получить ретроспективную информацию о когнитивных функциях пациента в течение десятилетнего периода от родственников или людей, хорошо знакомых с больным на протяжении длительного времени. Анкета содержит 26 вопросов, которые представляют собой примеры различных жизненных ситуаций. Каждая ситуация оценивается по пятибалльной системе. Это дает суммарный балл от 26 до 130, который можно усреднить по общему количеству выполненных заданий. Более высокие баллы указывают на большее снижение когнитивных функций.

Опросник IQCODE характеризуется рядом особенностей, которые делают его привлекательным в качестве источника дополнительной информации, особенно в условиях первичной медицинской помощи. Анкетирование родственника занимает около 5–7 мин., не управляется интервьюером.

Лабораторная диагностика. Снижение когнитивных способностей может быть выявлено при некоторых микроэлементных дефицитах, а также при различных соматических заболеваниях. К ним относятся:

- электролитные нарушения (гипо- или гипернатриемия, гипо- или гиперкалиемия, гипо-или гиперкальциемия);
- сердечная, почечная, печеночная или дыхательная недостаточность;
- алкоголизм, употребление психоактивных веществ, лекарственные интоксикации (центральные холинолитики, типичные нейролептики, трициклические антидепрессанты, бензо-диазепины, барбитураты), отравления тяжелыми металлами;
- дефицит витаминов группы В, фолиевой кислоты;
- ВИЧ-инфекция, сифилис;
- гипотиреоз, гиперкортицизм, сахарный диабет и другие эндокринопатии.

Важную роль играет исследование глазного дна, поскольку состояние сосудов глазного дна отражает состояние сосудов головного мозга. Необходимы также оценка реологических свойств крови, выполнение ЭКГ, а при наличии соответствующих показаний — ЭхоКГ и холтеровского мониторирования. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы позволяет оценить состояние сосудов, наличие стенозов, других патологических изменений.

Нейровизуализационные методы исследования. Значимую роль в диагностике деменции играют методы нейровизуализации — магнитно-резонансная томография (МРТ) и (при невозможности ее выполнения) компью-

терная томография (КТ). Визуализация головного мозга может помочь в диагностике, показывает изменения в структуре или функциях мозга. Эти методы необходимы, во-первых, для обнаружения потенциально курбельных заболеваний, способных привести к развитию когнитивных нарушений (опухоль, хроническая субдуральная гематома, артериовенозная мальформация, нормотензивная гидроцефалия), во-вторых, для установления локализации и выраженности атрофических изменений в мозговой ткани и выявления признаков цереброваскулярного заболевания.

В настоящее время позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) является наиболее эффективной из существующих методик прижизненной визуализации важнейших биохимических процессов и физиологических функций центральной нервной системы, таких, как метаболизм, транспорт веществ, лиганд-рецепторные взаимодействия, экспрессия генов и т. д. Благодаря регистрации изменений мозгового кровотока и церебрального метаболизма глюкозы ПЭТ позволяет получить прижизненное изображение функциональной активности головного мозга.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) — более дешевый и доступный метод, позволяющий косвенно оценивать функциональное состояние клеток мозга и получать представление о регионарной мозговой перфузии. Высокоинформативным прогностическим показателем развития и прогрессирования когнитивных нарушений при цереброваскулярной патологии является снижение перфузии в базальных ганглиях, таламусе и лобной коре, в силу чего данный признак можно рассматривать в качестве раннего маркера сосудистых когнитивных нарушений. Очаговые изменения в подкорковых областях могут проявляться гипоперфузией в близлежащих корковых зонах, что объясняется синдромом разобщения подкорково-корковых образований.

С помощью протонной магнитно-резонансной спектроскопии можно неинвазивно количественно оценивать уровень метаболитов в разных отделах мозга. При рутинной протонной магнитно-резонансной спектроскопии определяют, как правило, содержание N-ацетиласпартата (NAA), холина (Cho) и креатина (Cr), при этом оценивают не абсолютные их концентрации, а отношения NAA и Cho к креатину.

NAA — маркер нейрональной целостности, так как он содержится в телах нейронов, аксонах и дендритах. При заболеваниях, сопровождающихся разрушением нервной ткани (инсульты, опухоли, рассеянный склероз и др.), его уровень снижается. Это может происходить как при необратимом поражении нервной ткани, так и при преходящих функциональных расстройствах, которые могут затем компенсироваться под влиянием лечения или пройти самостоятельно.

Еще одним методом, с помощью которого можно оценить функциональное состояние подкорково-корковых связей, является магнитно-резонансная трактография. Метод позволяет не только визуализировать повреждение проводящих путей белого вещества, но и количественно оценить их сохранность путем вычисления коэффициента фракционной анизотропии. Ухудшение диффузионных характеристик в определенных долях белого вещества связано со снижением когнитивной функции в специфических когнитивных областях.

Механизм функциональной магнитно-резонансной томографии основан на том, что при колебании уровня кислорода в крови изменяется магнитно-резонансный сигнал, это изменение можно оценить с применением специальной аппаратуры. Феномен получил название blood oxygenation level dependent-contrast (BOLD-contrast) — контраст, зависящий от степени насыщения крови кислородом. Усиление активности групп нейронов приводит к значительному повышению их метаболизма, вследствие чего наблюдается резкое повышение потребления кислорода кровью. При этом, оценивая регионарное изменение магнитно-резонансного сигнала, можно путем статистической обработки данных составить карты активизации и на их основе сделать вывод об анатомической локализации и степени заинтересованности в работе определенных центров головного мозга.

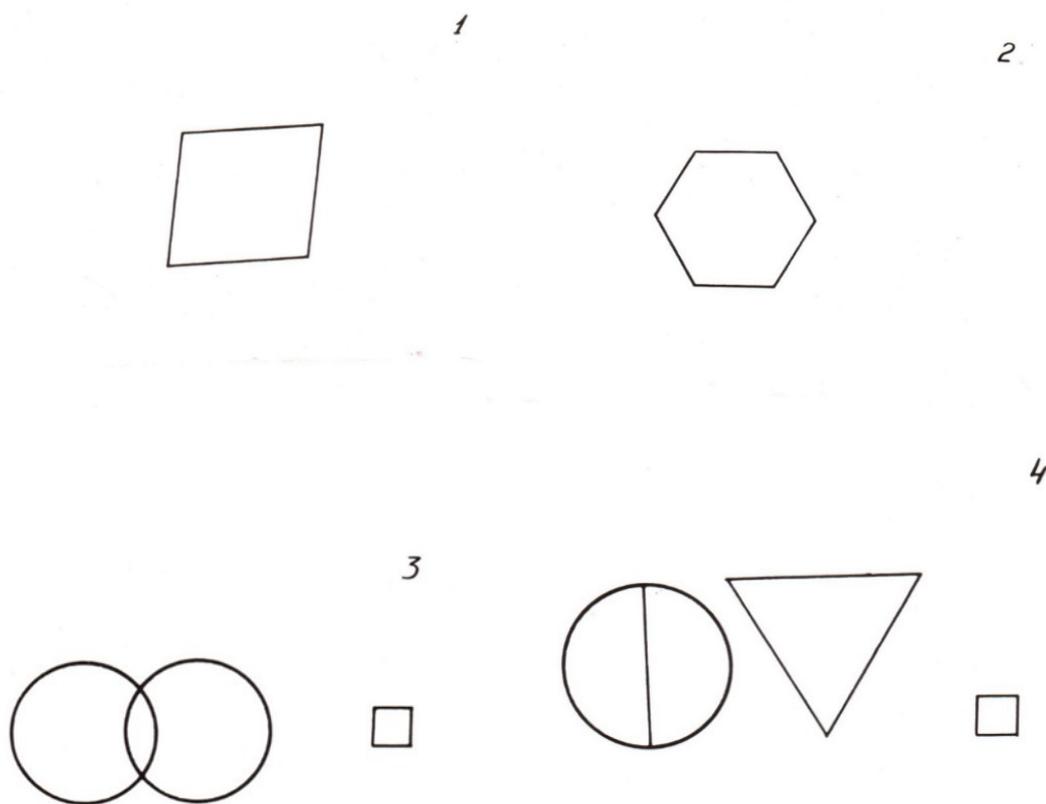
Тест Бентона

Инструкция: «Я сейчас покажу вам несколько карточек с простыми геометрическими рисунками. Их надо запомнить и воспроизвести на листе бумаги один под другим, как они располагаются на карточках. Красота рисунка никакой роли не играет, надо только показать правильно форму, величину относительно друг друга (если фигур на карте несколько) и местоположение. Рисовать только после того, как я уберу карту с изображением. До этого момента смотрите, не отрываясь и не отвлекаясь (7–10 с), даже если вам покажется, что вы уже все запомнили. Вам понятно?» (при несоблюдении — отметить импульсивность испытуемого).

Экспериментатору: «Держим карточки перед испытуемым, оперев на стол под углом приблизительно в 45° , каждую 10 с (первые две с одной фигурой можно держать 5–7 с)». Иметь на столе второй запасной карандаш на случай, если испытуемый сломает первый (отметить мышечное напряжение).

Правильное воспроизведение одной карточки оценивается в 1 балл; 0 баллов — если имеется хотя бы одна ошибка. Таким образом, оценка за одну серию из 10 карточек будет от 0 до 10 баллов. Отдельно подсчитаются ошибки.

Стимульный материал к тесту Бентона приведен на рис. 1.



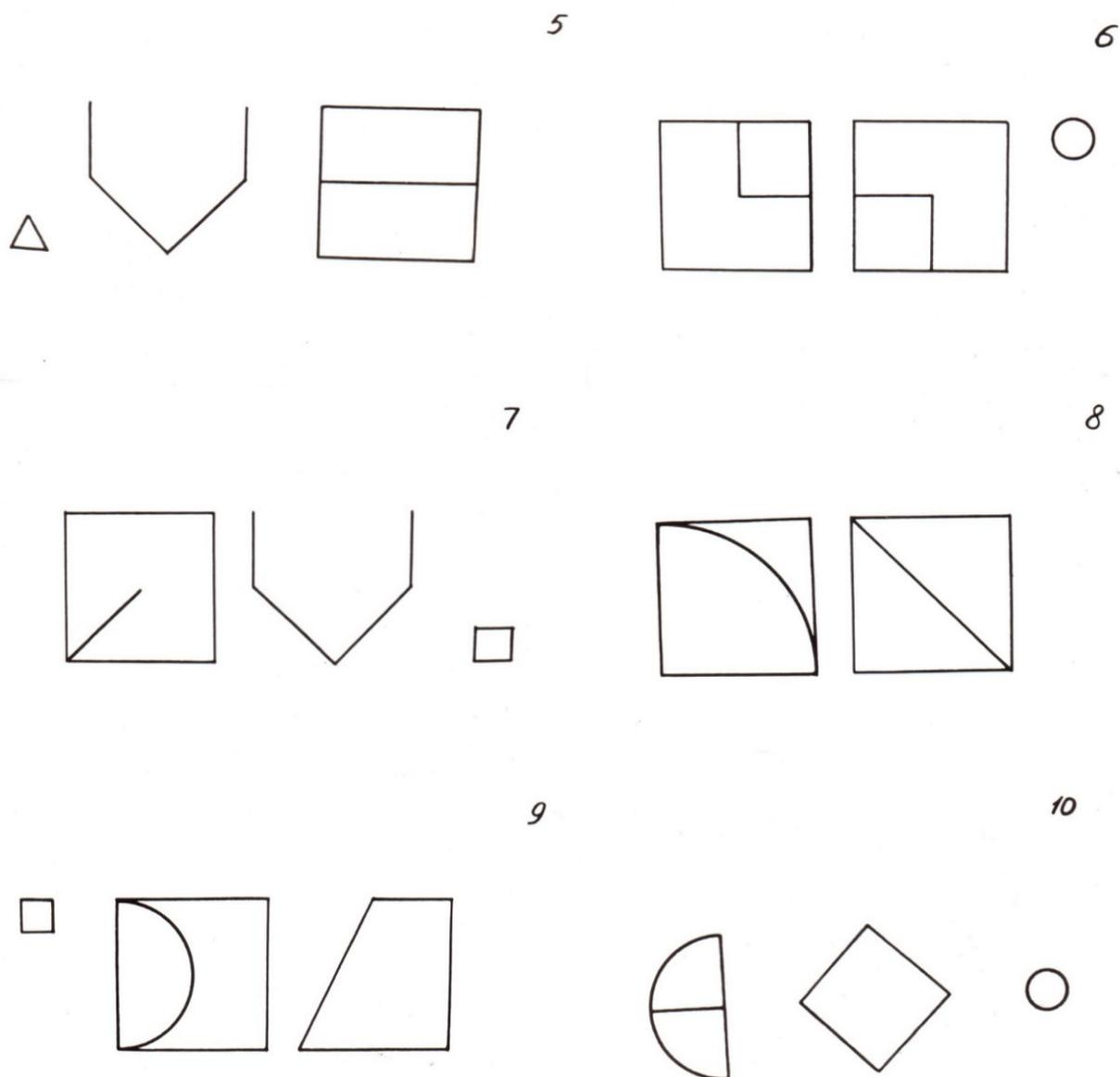


Рис. 1. Стимульный материал к тесту Бентона

Ошибки:

- 1) не нарисована одна из фигур;
- 2) деформация фигуры;
- 3) ошибочное повторение фигуры с предыдущей карты;
- 4) ротация (поворот фигуры на 45, 90 или 180°);
- 5) локализация (расположение фигуры);
- 6) величина.

Больные с органическим поражением мозга обычно получают не более 4–5 баллов (редко). Больные неврозами получают в среднем 6–8 баллов. Больные шизофренией (с дефектом) — 6–7 баллов. При норме получают в среднем 8–9 баллов, но может быть 7 и даже меньше при низком интеллекте.

«Сложная фигура»

Позволяет оценить развитие восприятия, пространственных представлений, координации «глаз — рука», зрительной памяти, уровень организации и планирования действий. Правильность воспроизведения деталей при копировании образца отражает уровень развития восприятия, образных представлений, координации «глаз — рука». Правильность воспроизведения по памяти — показатель уровня развития зрительной памяти.

Испытуемому предлагают перерисовать фигуру-образец на отдельном листе (рис. 2–3). Ему дается один из цветных карандашей, которым проверяющий предварительно написал в протоколе цифру «1». Примерно через 30 с этот карандаш забирают и дают испытуемому следующий, предварительно написав им в протоколе цифру «2». Смену карандашей продолжают и далее, до завершения работы. Таким образом, рисунок получается разноцветным, причем цвет позволяет определить последовательность изображения разных частей фигуры.

По окончании работы фигура-образец и рисунок, сделанный респондентом, убираются. Через 15–20 мин. испытуемому дают новый лист бумаги и предъявляют инструкцию. После этого повторяется процедура, описанная выше (со сменой карандашей), с тем отличием, что на этот раз образец отсутствует, рисунок делается по памяти. На этом этапе многие утверждают, что ничего не помнят. В этом случае надо сказать: «Конечно, никто не может запомнить такую сложную фигуру. Но все-таки хоть что-нибудь из нее вы, наверняка, запомнили, это и нарисуйте».

В промежутке между копированием образца и его воспроизведением по памяти даются задания, не требующие рисования.

Инструкция 1.

«Перерисуй на этом листе фигуру-образец».

Инструкция 2.

«Попробуй вспомнить ту фигуру, которую ты перерисовывал. Все, что сможешь вспомнить, нарисуй на этом листе». Если ребенок утверждает, что ничего не помнит, сказать: «Конечно, никто не может запомнить такую сложную фигуру. Но все-таки хоть что-нибудь из нее ты, наверняка, запомнил. Это и нарисуй».

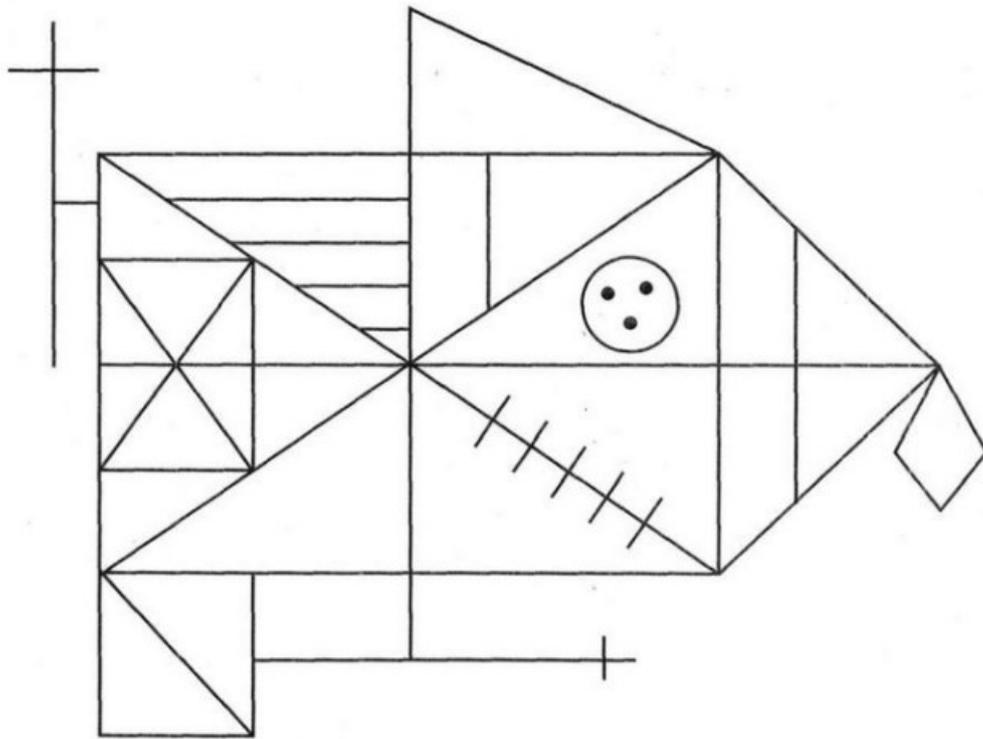


Рис. 2. Фигура Реш — Остеррица

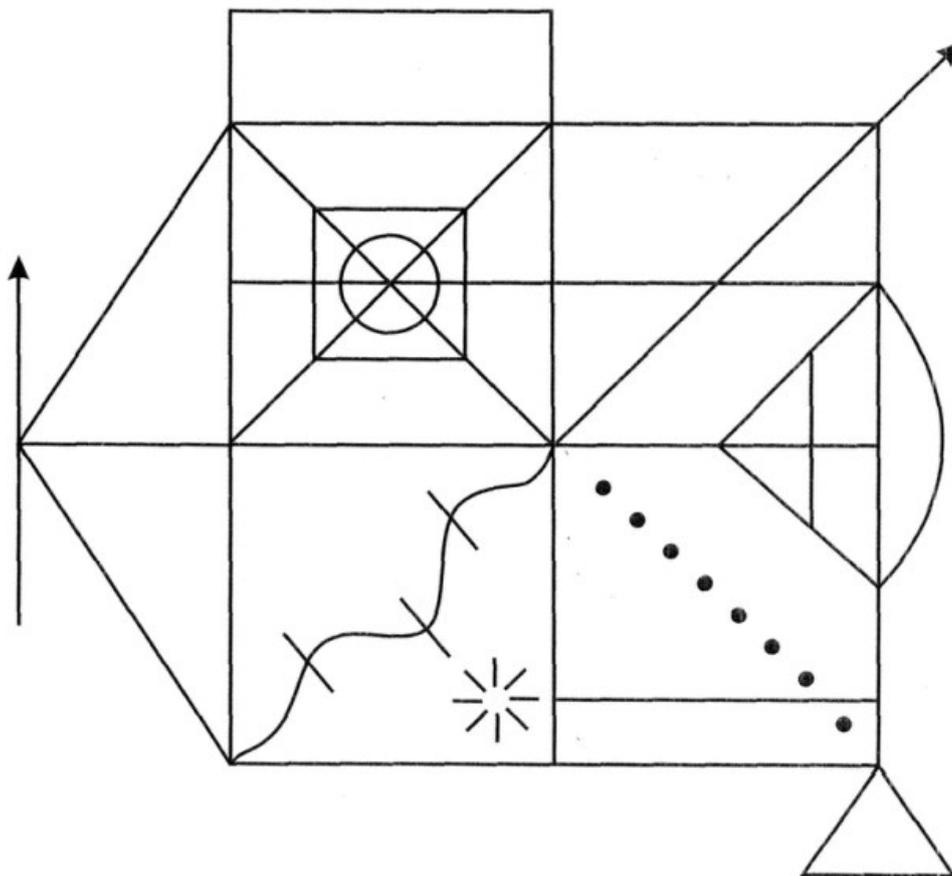


Рис. 3. Фигура Тейлора

Методика «Самооценка эмоциональных состояний» А. Вессмана и Д. Рикса

Методика применяется для самооценки эмоциональных состояний и степени бодрствования. Данная методика эффективна, если необходимо выявить изменение эмоционального состояния человека на протяжении определенного периода времени. Простота выполнения задания делают ее весьма оперативным инструментом. При этом можно как вычерчивать кривые изменения отдельных показателей, так и работать только с интегральным результатом.

Инструкция. Выберите в каждом из предложенных наборов суждений то, которое лучше всего описывает ваше состояние сейчас. Номер суждения, выбранного из каждого набора, запишите.

Спокойствие — тревожность

10. Совершенное спокойствие. Непокколебимо уверен в себе.
9. Исключительно хладнокровен, на редкость уверен и не волнуюсь.
8. Ощущение полного благополучия. Уверен и чувствую себя непринужденно.
7. В целом уверен и свободен от беспокойства.
6. Ничто особенно не беспокоит меня. Чувствую себя более или менее непринужденно.
5. Несколько озабочен, чувствую себя скованно, немного встревожен.
4. Переживаю некоторую озабоченность, страх, беспокойство или неопределенность. Нервозен, волнуюсь, раздражен.
3. Значительная неуверенность. Весьма травмирован неопределенностью. Страшно.
2. Огромная тревожность, озабоченность. Изведен страхом.
1. Совершенно обезумел от страха. Потерял рассудок. Напуган неразрешимыми трудностями.

Энергичность — усталость

10. Порыв, не знающий преград. Жизненная сила выплескивается через край.
9. Бьющая через край жизнеспособность, огромная энергия, сильное стремление к деятельности.
8. Много энергии, сильная потребность в действии.
7. Чувствую себя свежим, в запасе значительная энергия.
6. Чувствую себя довольно свежим, в меру бодр.
5. Слегка устал. Леность. Энергии не хватает.
4. Довольно усталый. В запасе не очень много энергии.
3. Большая усталость. Вялый. Скудные ресурсы энергии.
2. Ужасно утомлен. Почти изнурен и практически неспособен к действию. Почти не осталось запасов энергии.
1. Абсолютно выдохся. Неспособен даже к самому незначительному усилию.

Приподнятость — подавленность

10. Сильный подъем, восторженное веселье.
9. Возбужден, в приподнятом состоянии. Восторженность.

8. Возбужден, в хорошем расположении духа.
7. Чувствую себя очень хорошо. Жизнерадостен.
6. Чувствую себя довольно хорошо, «в порядке».
5. Чувствую себя чуть-чуть подавленно, «так себе».
4. Настроение подавленное и несколько унылое.
3. Угнетен и чувствую себя очень подавленно. Настроение определенно унылое.
2. Очень угнетен. Чувствую себя просто ужасно.
1. Крайняя депрессия и уныние. Подавлен. Все черно и серо. Уверенность в себе — беспомощность.

Уверенность в себе — беспомощность

10. Для меня нет ничего невозможного. Смогу сделать все, что хочу.
9. Чувствую большую уверенность в себе. Уверен в своих свершениях.
8. Очень уверен в своих способностях.
7. Чувствую, что моих способностей достаточно и мои перспективы хороши.
6. Чувствую себя довольно компетентным.
5. Чувствую, что мои умения и способности несколько ограничены.
4. Чувствую себя довольно неспособным.
3. Подавлен своей слабостью и недостатком способностей.
2. Чувствую себя жалким и несчастным. Устал от своей некомпетентности.
1. Давящее чувство слабости и тщетности усилий. У меня ничего не получится.

Обработка результатов и интерпретация

Определяют следующие показатели:

И1 — «Спокойствие — тревожность» (индивидуальная самооценка — И1 — равняется номеру суждения, выбранного испытуемым из данной шкалы. Аналогично получают индивидуальные значения по показателям И2–И4).

И2 — «Энергичность — усталость».

И3 — «Приподнятость — подавленность».

И4 — «Чувство уверенности в себе — чувство беспомощности».

И5 — Суммарная (по четырем шкалам) оценка состояния:

$I5 = I1 + I2 + I3 + I4$, где

I1, I2, I3, I4 — индивидуальные значения по соответствующим шкалам.

Если сумма баллов **от 26 до 40**, то испытуемый высоко оценивает свое эмоциональное состояние, если **от 15 до 25 баллов** — это средняя оценка эмоционального состояния, низкая — **от 4 до 14 баллов**.

В общем виде эмоциональное состояние — характеристика эмоций человека, отражающая ее положение относительно объектов окружающей среды. Состояние может быть наблюдаемо как внешне, так и внутренне. Внутреннее состояние эмоций фиксируется сознанием субъекта на определенный момент времени ощущений благополучия (неблагополучия) как организма в целом, как и его частей. Внешне оценка состояния эмоций фиксируется высказываниями испытуемого по определенным признакам. Состояние человека выступает регулятивной функцией адаптации к окружающей среде или ситуации.

Шкала «Спокойствие — тревожность»:

— выше 5–6 баллов (в опросе испытуемый показывает преобладание «спокойствия»: выдержанность, сдержанность, терпеливость, степенность, благоразумность, уравновешенность, невозмутимость, терпимость);

— 5–6 баллов (в самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале «Спокойствие — тревожность» без явного преобладания одного из полюсов);

— 1–4 балла (по самооценке испытуемого прогнозируется задержанность, запуганность, закомплексованность, нерешительность, пугливость, нервность, неуверенность, напряженность, боязливость).

Шкала «Энергичность — усталость»:

— выше 5–6 баллов (испытуемый оценивает себя как личность: инициативный, деятельный, предприимчивый, одержимый, устремленный, активный, кипучий, пробивной, расторопный);

— 5–6 баллов (в самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале «Энергичность — усталость» без явного преобладания одного из полюсов);

— 1–4 балла (испытуемый оценивает себя: неинициативный, пассивный, инертный, безынициативный, вялый, апатичный, безразличный, медлительный).

Шкала «Приподнятость — подавленность»:

— выше 5–6 баллов (испытуемый оценивает себя: кипучий, темпераментный, задорный, порывистый, энергичный, вольнолюбивый, раскрепощенный, живой, подвижный, бойкий);

— 5–6 баллов (в самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале «Приподнятость — подавленность» без явного преобладания одного из полюсов);

— 1–4 балла (испытуемый оценивает себя: застенчивый, робкий, нерешительный, несмелый, запуганный, стеснительный, угнетенный, оробелый, подавленный, задавленный).

Шкала «Уверенность в себе — чувство беспомощности»:

— выше 5–6 баллов (испытуемый оценивает себя: боец, закаленный, решительный, упорный, героический, работоспособный, сильный, волевой, твердый, бесстрашный, отважный, самостоятельный);

— 5–6 баллов (в самооценке испытуемый показывает средние показатели по шкале «Уверенность — беспомощность» без явного преобладания одного из полюсов);

— 1–4 балла (оценивается: безответный, слабохарактерный, безгласный, несмелый, слабый, слабовольный, пришибленный).

Суммарная оценка состояния. Этот показатель отражает выраженность, степени эмоционального подъема/истощения испытуемого.

Торонтская алекситимическая шкала (TAS)

Торонтская алекситимическая шкала состоит из 26 утверждений. Испытуемый оценивает себя по каждому утверждению в соответствии с 5 градациями ответа.

Ф.И.О. _____ Дата _____ Пол _____ Возраст _____ *Инструкция*

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или несогласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: совершенно несогласен; скорее несогласен; ни то, ни другое; скорее согласен; совершенно согласен.

Утверждения	Совершенно несогласен	Скорее несогласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, я всегда знаю, почему	5	4	3	2	1
2. Мечты — это потеря времени	1	2	3	4	5
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым	1	2	3	4	5
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю	1	2	3	4	5
5. Я часто мечтаю о будущем	5	4	3	2	1
6. Мне кажется, что я так же легко способен заводить друзей, как и другие	5	4	3	2	1
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений	1	2	3	4	5
8. Мне трудно находить правильные слова для своих чувств	1	2	3	4	5
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам	1	2	3	4	5
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам	1	2	3	4	5
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит	5	4	3	2	1
12. Я способен с легкостью описать свои чувства	5	4	3	2	1

13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать	5	4	3	2	1
14. Когда я расстроен, я не знаю, испуган ли я, печален или зол	1	2	3	4	5
15. Я часто даю волю воображению	5	4	3	2	1
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим	5	4	3	2	1
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле	1	2	3	4	5
18. Я редко мечтаю	1	2	3	4	5
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему все произошло именно так	1	2	3	4	5
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне четкое определение	1	2	3	4	5
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях	5	4	3	2	1
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям	1	2	3	4	5
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства	1	2	3	4	5
24. Следует искать более глубокое объяснение происходящему	5	4	3	2	1
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри	1	2	3	4	5
26. Я часто не знаю, почему сержусь	1	2	3	4	5

Обработка данных бланка исследования с помощью TAS заключается в суммировании полученных баллов. При этом ответы на пункты 1, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 24 считаются в обратных значениях. Это сделано с целью предупреждения влияния установочных реакций на валидность результатов.

Интерпретация полученных результатов заключается в оценке суммарного балла. Если суммарная оценка составляет не более 62 баллов, это говорит об отсутствии признаков алекситимии. Диапазон 63–73 балла носит неопределенный промежуточный характер. Значения выше 73 баллов свидетельствуют о наличии алекситимических свойств: трудностей выражения и распознавания эмоций и чувств, неспособности к осознанию эмоциональной жизни и бедности эмоциональных копинг-ресурсов.

**Психические и поведенческие расстройства
и нарушения нейропсихического развития¹ (МКБ-11, глава 6)**

Нарушения нейропсихического развития (L1-6A0):

- нарушения интеллектуального развития;
- нарушения речевого развития;
- расстройство аутистического спектра;
- нарушение развития учебных навыков;
- нарушение развития координации движений;
- синдром дефицита внимания с гиперактивностью;
- расстройство стереотипных движений.

Шизофрения и другие первичные психотические расстройства (L1-6A2):

- шизофрения;
- шизоаффективное расстройство;
- шизотипическое расстройство;
- острое транзиторное психотическое расстройство;
- бредовое расстройство;
- симптоматические проявления первичных психотических расстройств.

Кататония (L1-6A4):

- кататония, связанная с другим психическим расстройством;
- кататония, вызванная воздействием психоактивных веществ или лекарственных средств.

Аффективные расстройства (L1-6A6):

- биполярные и сходные расстройства;
- циклотимическое расстройство.

Депрессивные расстройства (L2-6A7):

- единичный эпизод депрессивного расстройства;
- рекуррентное депрессивное расстройство;
- дистимическое расстройство;
- смешанное депрессивное и тревожное расстройство.

Расстройства, связанные с тревогой и страхом (L1-6B0):

- генерализованное тревожное расстройство;
- паническое расстройство;
- агорафобия;
- специфическая фобия;
- социальное тревожное расстройство;
- сепарационное тревожное расстройство;
- селективный мутизм.

Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства (L1-6B2):

¹ МКБ-11. Глава 6. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. — М. : Университетская книга, 2021. — 432с.

- обсессивно-компульсивное расстройство;
- дисморфическое расстройство;
- патологическая озабоченность собственным запахом;
- ипохондрия;
- патологическое накопительство;
- патологические телесно направленные повторяющиеся действия.

Расстройства, специфически связанные со стрессом (L1-6B4):

- посттравматическое стрессовое расстройство;
- осложненное посттравматическое стрессовое расстройство;
- затяжная патологическая реакция горя;
- расстройство адаптации;
- реактивное расстройство привязанности;
- расстройство социализации по расторможенному типу.

Диссоциативные расстройства (L1-6B6):

- диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами;
- диссоциативная амнезия;
- трансовое расстройство;
- трансовое расстройство с одержимостью;
- диссоциативное расстройство личностной идентичности;
- частичное диссоциативное расстройство личностной идентичности;
- синдром деперсонализации-дереализации.

Расстройства питания и пищевого поведения (L1-6B8):

- нервная анорексия;
- нервная булимия;
- патологическое переедание;
- патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи;
- пика;
- патологическое пережевывание и срыгивание.

Расстройства естественных отравлений (L1-6C0):

- энурез;
- энкопрез.

Расстройства телесных ощущений и переживаний (L1-6C2):

- телесный дистресс;
- нарушение целостности восприятия собственного тела.

Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ или аддиктивного поведения (L1-6C4):

- расстройства вследствие употребления алкоголя;
- расстройства вследствие употребления каннабиса;
- расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов;
- расстройства вследствие употребления опиоидов;
- расстройства вследствие употребления седативных и снотворных или анксиолитических средств;
- расстройства вследствие употребления кокаина;
- расстройства вследствие употребления стимуляторов, включая амфетамины, метамфетамин или меткатинон;

- расстройства вследствие употребления синтетических катинонов;
- расстройства вследствие употребления кофеина;
- расстройства вследствие употребления галлюциногенов;
- расстройства вследствие потребления никотина;
- расстройства вследствие употребления летучих ингалянтов;
- расстройства вследствие употребления МДМА или сходных наркотических веществ, включая МДА;
- расстройства вследствие употребления диссоциативных наркотических веществ, включая кетамин и фенциклидин [PCP];
- расстройства вследствие употребления других уточненных психоактивных веществ, включая лекарственные средства;
- расстройства вследствие употребления сразу нескольких уточненных психоактивных веществ, включая лекарственные средства.

Расстройства вследствие аддиктивного поведения (L2-6C5):

- расстройство вследствие пристрастия к азартным играм;
- расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм.

Расстройства контроля побуждений (L1-6C7):

- пиромания;
- kleптомания;
- компульсивное расстройство сексуального поведения;
- периодическое эксплозивное расстройство.

Деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства (L1-6C9):

- оппозиционно-вызывающее расстройство;
- диссоциальное поведенческое расстройство,

Расстройства личности и личностные черты (L1-6D1):

- расстройство личности;
- выраженные личностные черты и паттерны поведения

Парафилические расстройства (L1-6D3):

- патологический эксгибиционизм;
- патологический вуайеризм;
- педофилическое расстройство;
- патологический принудительный сексуальный садизм;
- патологический фроттеризм;
- другое парафилическое расстройство с вовлечением других лиц без их согласия или в отношении других сексуальных объектов;
- парафилическое расстройство без вовлечения других лиц или по обоюдному согласию.

Имитированные расстройства (L1-6D5):

- имитированное расстройство в отношении себя;
- имитированное расстройство в отношении другого лица.

Нейрокогнитивные расстройства (L1-6D7):

- делирий;
- легкое нейрокогнитивное расстройство;
- амнестическое расстройство.

Деменция (L2-6D8):

- деменция вследствие болезни Альцгеймера;
- деменция вследствие цереброваскулярного заболевания;
- деменция вследствие болезни телец Леви;
- лобно-височная деменция;
- деменция вследствие воздействия психоактивных веществ, включая лекарственные средства;
- деменция вследствие заболеваний, классифицируемых в других главах или разделах;
- поведенческие или психологические нарушения при деменции.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом (1-6E2).

Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства или заболевания, классифицированные в других главах (6E40).

Вторичные психические и поведенческие нарушения, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других главах (11-6E6):

- вторичное нарушение нейропсихического развития;
- вторичный психотический синдром;
- вторичный аффективный синдром;
- вторичный тревожный синдром;
- вторичный обсессивно-компульсивный или сходный синдром;
- вторичный диссоциативный синдром;
- вторичное нарушение контроля побуждений;
- вторичное нейрокогнитивное нарушение;
- вторичное изменение личности;
- вторичный кататонический синдром;
- другое уточненное вторичное психическое или поведенческое нарушение.

Учебное издание

Барина Марина Геннадьевна,
кандидат психологических наук, доцент

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Редактор *Корчуганова И. А.*
Компьютерная верстка *Душкова А. Ю.*
Дизайн обложки *Шеряй А. Н.*

ISBN 978-5-91837-734-5



EDN RJJFNM



Подписано в печать 23.06.2023. Формат 60x84 ¹/₈

Печать цифровая. Объем 8,5 п. л. Тираж 40 экз. Заказ № 30/23

Отпечатано в Санкт-Петербургском университете МВД России
198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1