

Н.М. Титова

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Конспект лекций

МОСКВА

Титова Н.М.

Клиническая психология. Конспект лекций -
М.: Приор-издат, 2006. 112 с.

ISBN 5-9512-0327-9

Настоящим изданием мы продолжаем серию "Конспект лекций. В помощь студенту", в которую входят лучшие конспекты лекций по дисциплинам, изучаемым в вузах.

Материал приведен в соответствие с учебной программой курса "Клиническая психология".

Используя данную книгу при подготовке к сдаче экзамена, студенты смогут в предельно сжатые сроки систематизировать и конкретизировать знания, приобретенные в процессе изучения этой дисциплины; сосредоточить свое внимание на основных понятиях, их признаках и особенностях; сформулировать примерную структуру (план) ответов на возможные экзаменационные вопросы

Данная книга не является альтернативой учебникам для получения фундаментальных знаний, но служит пособием для успешной сдачи экзаменов.

Редактор: А.В. Земцов

Корректор: Н.В. Антонова

Верстка: С.А. Симончук, И.А. Палагина

ООО "Приор-издат"

г. Москва, Малый Татарский пер., д. 5, стр. 1

Издание осуществлено совместно с ЗАО "Книга сервис"

<http://www.xlibris.ru>, e-mail: prior@knigotorg.ru

Оптовая торговля: (095) 964-42-00, 964-49-00

<http://www.knigotorg.ru>, e-mail: sales@knigotorg.ru

Подписано в печать 21.11.2005. Заказ

- Тираж 2000.

Отпечатано в Подольской типографии филиале ОАО "ЧПК"

142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15

Публикуется с разрешения правообладателя: ЗАО "Литературной студии "Научная книга".

ISBN 5-9512-0327 9

© ЛС Научная книга

© Титова Н.М.

© Приор

785951 203274

Вопрос 1. Предмет клинической психологии

- ~~1. Зарождение клинической психологии~~
- ~~2. Разделы клинической психологии~~
- ~~3. Методы исследования клинической психологии~~

1. Сложным оказался путь клинической психологии. Вначале она находилась на границе между медициной и психологией и называлась "человекознанием". Да и сейчас положение клинической психологии не вполне определено вследствие междисциплинарного характера этой науки.

Зарождением клинической психологии можно считать начало практики "лечить не болезнь, а больного", вместе с которой стало происходить взаимопроникновение психологии и медицины. Изначально, клиническая психология, которую разрабатывали психиатры, была нацелена на изучение интеллектуального и личностного развития, коррекцию дезадаптивных¹ и деликвентных² форм поведения. Впоследствии, сфера интересов клинической психологии была расширена за счет изучения психического состояния лиц уже с соматическими заболеваниями.

Клиническая психология изучает прежде всего различные психологические особенности личностей, страдающих различными заболеваниями, а также методы и способы диагностики психических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов.

Кроме того, для клинического психолога немаловажно изучение:

- ✓ психологии взаимоотношений пациента и медицинского работника;
 - ✓ психопрофилактических, психокоррекционных и психотерапевтических способов помощи пациентам;
 - ✓ а также теоретических аспектов психосоматических взаимовлияний.
2. В настоящее время существует большое количество психологических дисциплин, которые имеют отношение к клинике и яв-

¹ Дезадаптивные формы поведения — формы поведения, не позволяющие человеку быть адекватным обществу, гармонично существовать в нем.

² Деликвентные формы — система поступков, противоречащих принятым в обществе правовым или нравственным нормам.

ляются составной частью клинической психологии. Кроме того, в клиническую психологию включены следующие разделы:

- ✓ психосоматическая медицина.
- ✓ психология больного;
- ✓ неврология¹;
- ✓ психология лечебного взаимодействия;
- ✓ психологическое консультирование;
- ✓ психокоррекция и психотерапия;
- ✓ норма и патология психической деятельности;
- ✓ психология девиантного поведения;
- ✓ патопсихология;
- ✓ семейная клиническая психология;
- ✓ психология индивидуальных различий;
- ✓ возрастная клиническая психология.

Все эти дисциплины сочетают в себе медицинские и психологические знания и имеют отношение к клинике. Клиническая психология напрямую связана с *психиатрией* и *патопсихологией*, поэтому изучение ее невозможно без медицинских знаний, в частности из таких областей, как неврология, нейрохирургия, и других смежных дисциплин.

Большой практический интерес для психиатрии и клинической психологии представляет *диагностический процесс*, поскольку распознавание психопатологических симптомов и синдромов невозможно без знания их *психических антонимов* — феноменов обыденной жизни, которые отражают индивидуально-психологические особенности человека и располагаются в пределах нормальных вариаций психического реагирования.

3. Если говорить о методах исследования, то клиническая психология заимствует их у *психодиагностики* и *общей психологии*. Нас интересует в данном случае прежде всего оценка адекватности и девиантности поведения человека в психотерапии, психологии развития и возрастной психологии.

Так или иначе встает вопрос о методах исследования психологических особенностей соматических больных, что напрямую связано с психодиагностической и общей психологией, а пси-

¹ Неврология — наука, изучающая различные формы неврозов, этиологию и патогенез невротических расстройств

хосоматический раздел клинической психологии состоит из научных представлений из таких областей, как:

- ✓ психотерапия;
- ✓ вегетология;
- ✓ валеология.

Вопрос 2. Базовые знания и практические задачи клинического психолога

1. *Разделы теории*
2. *Категории медицинской психологии*
3. *Практические задачи*

Клиническому психологу необходимо владеть базовыми теоретическими знаниями и практическими навыками, перечень которых наиболее полно представлен в квалификационной характеристике специалиста данной области.

Медицинский психолог обязан иметь следующие теоретические знания:

место психологии в медицине:

- предмет, задачи и междисциплинарные связи медицинской психологии как области психологической науки;
- медицинская психология как профессия;
- основные разделы медицинской психологии;

основные *теоретико-методологические проблемы медицинской психологии:*

- мозг;
- психика;
- психосоматические и соматопсихические соотношения (биологического и социального);
- норма и патология;
- генетическое и приобретенное;
- наследственное;
- личностно-средовое;
- что такое распад психики. Понятие органического и функционального, адаптации и дезадаптации, дефицитарного и прианособнотельного;

понятие *системного подхода* — основы понимания психической структуры болезни, восстановительного лечения; реабилитация больных;

✓ *смежные знания:*

- основы общей психологии и психиатрии (частной);
- неврология и учение о пограничных психических расстройствах;
- саморазрушающее поведение;
- основы психофизиологии и психофармакологии;

✓ *основы клинической нейропсихологии:*

- системные механизмы мозга в организации высших психических функций, процессов и состояний;
- функциональная специализация полушарий - основные концепции и практика;
- соотношение мозгового и локального в нейропсихологии;
- нозологическая специфика нарушений высших психических функций при нейропсихологических исследованиях в детском возрасте в частности:
- основные нейропсихологические синдромы и методы их диагностики;

✓ *основы патопсихологии:*

- соотношение качественного и количественного подходов в анализе психодиагностических данных;
- патопсихологическая феноменология закономерности и структурные особенности нарушений познавательных процессов, свойств и состояний, вызванных болезнью;
- нозологическая и синдромологическая специфика патопсихологической феноменологии;
- дифференциально-диагностическое и экспертное значение патопсихологического эксперимента;
- патопсихологические исследования в оценке динамики лечения;

✓ *возрастные аспекты психологических расстройств:*

- возрастные особенности психологических нарушений при различных заболеваниях;
- психическое развитие аномального ребенка, детский аутизм, проблема дизонтогенеза и задержки психического развития;
- психологические аномалии подросткового возраста;
- особенности детских и подростковых форм патологического реагирования;
- психологические аспекты психического инфантилизма;
- психологические проблемы гериатрии и геронтологии;

- ✓ учение о характере; понятие акцентуации характера, методы диагностики;
- ✓ *учение о личности:*
 - основные концепции личности в отечественной и зарубежной психологии;
 - методы диагностики;
 - понятие о защитных механизмах личности;
 - личность и болезнь;
- ✓ основные концепции психосоматических соотношений. Психосоматическое и соматопсихическое. Внутренняя картина болезни и отношение к болезни, методология и методы исследования, нозологическая специфика психологических феноменов и внутренняя картина болезни. Теоретические и методологические аспекты, методы психодиагностики в различных видах экспертизы;
- ✓ теоретические, методологические и методические подходы в решении задач психопрофилактики и психогигиены; понятие массовых исследований, психологического скрининга, фактора риска, психической дезадаптации и болезни;
- ✓ *реабилитационный подход в медицине:*
 - понятие;
 - концепции;
 - основные принципы;
 - формы и методы;
- ✓ психология экстремальных и кризисных состояний; понятие травматического стресса, социальной фрустрированности и социально-стрессовых расстройств;
- ✓ основные принципы психологического сопровождения лечебного процесса; организация психотерапевтической среды в лечебных подразделениях; взаимоотношения "врач — больной", "психолог — врач — лечебный кабинет" и др.;
- ✓ психологические аспекты лекарственной и нелекарственной терапии; плацебоэффект; психологические проблемы подготовки больных к операции, протезированию; психологические проблемы хронических больных, инвалидов и умирающих;
- ✓ *медико-психологические аспекты социального поведения:*
 - общение;
 - ролевое поведение;
 - взаимодействие в группах;
 - социальная нормативность и др.;

- ✓ *особенности работы медицинских психологов* в стационарных, амбулаторных и профилактических учреждениях различного типа; психологическое консультирование, профотбор, профориентация;
- ✓ *базисные психотерапевтические теории:*
 - психодинамическая;
 - поведенческая;
 - экзистенциально-гуманистическая;
 - личностно-ориентированная;
 - медицинская психологическая;
- ✓ *основные формы психотерапии:*
 - индивидуальная;
 - групповая;
 - семейная;
 - терапия средой;
 - психотерапевтическое сообщество;
 - социотерапия;
 - механизмы лечебного действия психотерапии;
 - нозологическая специфика и возрастные аспекты психотерапии и психологического консультирования;
- ✓ *психологические проблемы невербальных методов психотерапии:*
 - музыкотерапия;
 - хореотерапия;
 - арттерапия и др.;
- ✓ деонтологические аспекты поведения медицинского психолога;
- ✓ *этиология и патогенез психологических (психогенных) факторов, патопластика психических и психосоматических нарушений, концепция предболезни, нарушение психической адаптации, социально-стрессовые расстройства, кризисные состояния;*
- ✓ *психотерапия и психологическое консультирование при кризисных состояниях;*
- ✓ *классификация методов медицинской психологии, психодиагностика как инструмент целенаправленного изучения личности, методы психодиагностики в клинике, компьютерная психодиагностика, психокоррекция;*
- ✓ *понятие психологического диагноза, функциональный диагноз как результат интеграции клинического, психологического и социального аспектов болезни, понятие психологического контакта;*

- ✓ теория эксперимента, понятие стандартизированных и нестандартизированных методик, теория и классификация тестов, основные психометрические понятия (валидность, надежность, стандартизация, норма и др.);
- ✓ правовые аспекты деятельности медицинских психологов.

2. Основные категории медицинской психологии:

- психическая активность;
- восприятие;
- внимание;
- память;
- мышление, интеллект;
- эмоции;
- воля;
- темперамент;
- характер;
- личность;
- мотивация;
- потребности;
- стресс;
- фрустрация;
- сознание;
- самосознание;
- самооценка;
- конфликт;
- кризис;
- психогенез;
- психологическая защита;
- алекситимия (отсутствие у человека саморегуляции);

3. Клинический психолог обязан обеспечивать квалифицированное профессиональное решение задач в области психодиагностики, психокоррекции и психологического консультирования. Учитывая возрастную специфику и нозологическую, в частности, медицинский психолог должен:

- ✓ проводить психологическое обследование в связи с задачами медико-психологической экспертизы;
- ✓ планировать исследование;
- ✓ выбирать адекватные методики;

уметь осуществлять *количественный и качественный анализ результатов исследований* в связи с различными целями, т. е. проводить:

- дифференциальную диагностику;
- анализ тяжести состояния;
- оценку эффективности проводимой терапии и др.;

владеть основными *клинико-психологическими* методиками:

- психологическая беседа;
- сбор психологического анамнеза;
- психологический анализ биографии;
- естественный эксперимент;

владеть основными *экспериментально-психологическими* методиками, направленными на исследование психических функций, процессов и состояний:

- восприятия;
- внимания;
- памяти;
- мышления;
- интеллекта;
- эмоционально-волевой среды;
- темперамента;
- характера;
- личности;
- мотивационных характеристик и потребностей;
- самосознания и межличностных отношений.

Важно то, как медицинский психолог владеет основными приемами нейропсихологического исследования, в частности методами оценки состояния цебулеса, праксиса, речевых функций и др. В настоящее время особенно ценны навыки владения основами компьютерной диагностики.

Клинический психолог также должен владеть методами индивидуального, группового и семейного консультирования с учетом нозологической и возрастной специфики в связи с задачами психопрофилактики, основными приемами восстановительного обучения.

С точки зрения практики роль клинического психолога существенна как в диагностическом, так и в психокоррекционном и психотерапевтическом плане

Вопрос 3. Методы исследования в клинической психологии

1. *Общая характеристика методов*
2. *Клиническое интервьюирование. Его значение в клинической психологии*
3. *Функции и принципы интервьюирования*
4. *Принципы клинического интервью*
5. *Принцип проверяемости и адекватности и беспристрастности*
6. *Структура клинического интервьюирования*
7. *Основы консультирования и интервьюирования. Условия функционирования невербального языка*
8. *Типы расогласований в структуре речи интервьюирования*

1. Методы исследования выбираются исходя из задач, стоящих перед клиническим психологом. Использование таких психологических методик, как батареи тестов, опросники и др., способно оценить не только состояние отдельных психологических функций, индивидуально-психологические особенности, но и дифференцировать психологические феномены и психологические симптомы и синдромы. Подбор необходимых методик осуществляется на основе анализа эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методик в зависимости от целей психологического исследования. При этом учитываются: соматическое состояние испытуемого; его возраст, профессия и уровень образования; время и место проведения исследования.

2. Методы исследования в клинической психологии делятся на три

- ✓ клиническое интервьюирование;
- ✓ экспериментально-психологические методы;
- ✓ оценка эффективности психокоррекционного воздействия.

Интервьюирование вошло в лексикон клинических психологов недавно. *Процесс интервьюирования* можно назвать творчеством. Обычно психолог сам выбирает из множества способов интервьюирования исходя из интересов, пристрастий, уровня общительности, мировоззрения, культуры, характера и т. д.

Одна из основных *целей клинического интервьюирования* — оценка индивидуально-психологических особенностей по качеству, силе и тяжести; отношение их к психологическим феноменам или психологическим симптомам.

Обучиться клиническому интервьюированию можно лишь экспериментальным путем (в беседах с клиентами известных авторитетов в области диагностики и интервьюирования).

Клиническое интервью как метод, представляет собой способ:

- ✓ получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах; о внутренней картине болезни пациента, и что не менее важно — структуре проблемы клиента;
- ✓ психологического воздействия на человека, производимого непосредственно на основании личного контакта психолога и пациента.

Интервью отличается от расспроса тем, что направлено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление открытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также поддержка клиента (пациента).

3. Интервью в клинической психологии выполняет следующие функции:

- ✓ диагностическая;
- ✓ терапевтическая.

Отмеченные функции должны осуществляться параллельно, поскольку только в своем сочетании они приводят к желаемому для психолога результату — выздоровлению и реабилитации пациента.

Часто бывает, что клиенты и пациенты не могут описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы. Клинический психолог должен обладать способностью выслушать изложение проблем человека — это лишь часть интервью; вторая часть — способность тактично помочь ему сформулировать свою проблему, дать ему понять истоки психологического дискомфорта — кристаллизировать проблему. Как писал Л.С. Выготский: "Речь дана человеку для того, чтобы лучше понимать

себя". И это понимание через вербализацию в процессе клинического интервью может считаться существенным и принципиальным.

4. Существует несколько принципов клинического интервью, в т. ч.:

- ✓ однозначность;
- ✓ точность и доступность формулировок вопросов;
- ✓ адекватность и последовательность;
- ✓ гибкость;
- ✓ беспристрастность опроса;
- ✓ проверяемость получаемой информации.

Например, постановка некоторых вопросов может быть *неоднозначной*. Соответствующим будет и ответ пациента. Типичным примером может послужить вопрос, обращенный к пациенту: "Испытывали ли Вы на себе психическое воздействие?" Утвердительный ответ на этот вопрос не даст диагносту практически ничего, поскольку интерпретировать его можно как угодно. Итак, если вопрос неточен и неоднозначен, то он малоинформативен и является линейным.

Что касается доступности, то она базируется на нескольких параметрах:


- ✓ словарном (лингвистическом);
- ✓ образовательном;
- ✓ культурном;
- ✓ языковом;
- ✓ национальном;
- ✓ этническом и др.

Доступность основывается на точной оценке статуса пациента, уровня его знаний, словарного запаса, субкультурных особенностей, жаргонной практики.

5. Принципы проверяемости и адекватности — наиболее значимые для психологического интервью. Например, для уточнения и исключения неверной интерпретации и ответов диагност задает вопросы типа: "Что Вы понимаете под словом "голоса", которые Вы слышите?" При необходимости пациенту предлагается конкретизировать описание собственных переживаний.

В принципе беспристрастности заложено ядро деятельности феноменологически ориентированного психолога-диагноста. Навязывание пациенту собственного представления о наличии

у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить из-за незнания принципов интервью или некорректного проведения. Необходимо учитывать ту ответственность, которая лежит на диагносте в процессе психологического интервью. Без доверительной атмосферы, терапевтической эмпатии¹ между психологом и пациентом невозможны клиническое интервьюирование, постановка диагноза и психотерапевтический эффект.

 Как писал в своей теории Жан Лакан, интервью – это не просто от-
ношение между двумя людьми, физически присутствующими на сеансе.
• Это еще и взаимоотношение культур.

Консультирование — предмет более сложный, чем просто выдача клиенту рекомендаций. Всегда должна учитываться его культурная принадлежность. В идеальном варианте оба — психолог и клиент — осознают и используют культурно-исторический аспект. *Эмпатию* же нельзя считать необходимым и достаточным условием, если не уделять внимания и культурному аспекту.

6. Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что по длительности первое интервью должно быть около 50 мин. Последующие интервью с тем же клиентом (пациентом) несколько короче. Можно предложить следующую *структуру клинического интервью*:
- ✓ / *этап*: установление доверительной дистанции; ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью;
 - ✓ // *этап*: выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы;
 - ✓ /// *этап*: оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного клинического статуса;
 - ✓ IV *этап*: оценка антипационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии, антипационный тренинг.

¹ *Эмпатия* — постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека

Эти этапы клинического интервью дают представление о существенных пунктах, обсуждаемых в процессе встречи психолога и больного. Но необходимо помнить, что время и усилия, прилагаемые на том или ином этапе, различны и зависят от очередности встреч, а самое главное — эффективности терапии. Кроме того, следует учитывать уровень психологических расстройств (психотический — непсихотический); добровольность или принудительность интервью.

7. Психолог также должен оценить такие параметры, как критичность больного, интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую ситуацию. Как дополнение к вышесказанному хотелось бы сказать о важности *языка мимики и жестов*. Это тот фундамент, на котором основывается консультирование и интервьюирование (Харпер, Вьенс, Матарадучо, Айви).

Невербальный язык, по мнению Айви, функционирует при наличии трех факторов:

- ✓ *Взаимодействие*, например время и место беседы, оформление кабинета, одежда и другие важные детали, большинство из которых влияет на характер взаимоотношений между двумя людьми;
- ✓ *информационный поток*. Так, важная информация часто приходит к нам в форме невербальной коммуникации, но гораздо чаще невербальная коммуникация модифицирует смысл и переставляет акценты в словесном контексте;
- ✓ *интерпретация*. Каждый индивид, принадлежащий к любой культуре, имеет совершенно разные способы интерпретации невербальной коммуникации. То, что воспринял из невербального языка один, может в корне отличаться от того, что понял другой.

Отметим, что А. Айви и его коллеги большое значение придавали такому фактору, как построение речи в процессе интервью. Как справедливо отмечается, то, как люди строят предложение, выступает важным ключом к пониманию их восприятия мира. Из этого следует, что, анализируя структуру предложений, мы можем прийти к важному выводу относительно психотерапевтического процесса: слова, которыми оперирует человек, описывая событие, часто дают о нем больше информации, чем само

событие. Получается, что грамматическая структура предложения выступает индикатором личностного мировоззрения.

8. Исследования и наблюдения таких известных основоположников нейролингвистического программирования, как *Рикардо Бендлера* и *Джонсона Гриндера*, были направлены на лингвистические аспекты диагностики и терапии. Как отмечали эти авторы, люди по-разному рассказывают о сходных явлениях. Для изучения глубинной структуры человека Д. Гриндер и Р. Бендлер предложили определение *трех типов рассогласований в структуре речи интервьюируемого*:

- ✓ вычеркивание;
- ✓ искажение;
- ✓ свехобобщение.

Всем известны предложения, в которых выражается вычеркивание: "Я боюсь". На вопросы типа: "Кого и чего Вы боитесь?", и тому подобное, ответов обычно не поступает. Психологу остается "развернуть" краткое утверждение о страхе, развить полную репрезентативную картину затруднений. Выполнив это, мы увидим новые поверхностные структуры.

Что касается искажений, то следует сказать, что они часто возникают из вычеркивания на поверхностной структуре предложения. А выйдя на более глубинный уровень при более детальном изучении жизненной ситуации пациента, психолог выявляет множество искажений реальности, существующих в его сознании.

Часто бывает, что при интервьюировании пациент делает далеко идущие выводы, не имея для этого достаточных оснований, — свехобобщения, которые сопровождаются искажениями. Вот слова, сопровождающие свехобобщения:

- ✓ "все люди";
- ✓ "вообще все";
- ✓ "всегда";
- ✓ "никогда";
- ✓ "постоянно";
- ✓ "вечно" и пр.

Итак, использование вербальной и невербальной коммуникаций способствует более точному пониманию проблем пациента и позволяет создать благоприятную ситуацию во время клинического интервьюирования.

Вопрос 4. Основные разделы клинической психологии. Возрастная клиническая психология

1. *Связь клинической психологии с другими разделами. Виды разделов клинической психологии*
2. *Возрастная клиническая психология*
3. *Критерии диагностики психического развития*
4. *Возрастная периодизация*
5. *Параметры, нормы и патологии в разных возрастных группах. Период новорожденности*
6. *Период младенчества*
7. *Период раннего детства*

1. Клиническая психология тесно связана с другими разделами психологической практики. Она не может существовать без основ *общей психологии* при оценке нормативов функционирования познавательных процессов, адекватности и гармоничности индивидуально-психологических особенностей личности; без *психологии общения*, значимой для установления эффективного взаимодействия между врачом и пациентом; не может игнорировать *возрастные* параметры становления психической деятельности и влияние *семейных* отношений; патогенез¹ невротических и психосоматических заболеваний; профилактику, реабилитацию и терапию. Поэтому к специальным разделам клинической психологии относят:

- ✓ возрастную клиническую психологию;
- ✓ семейную клиническую психологию.

2. Неспособность четко отграничить норму от патологии в детском и подростковом возрасте и уклониться от активного лечения ("со временем пройдет") отражает существование актуальной научной проблемы. Предметом изучения возрастной клинической психологии выступают психические процессы и состояния, анализ протекания возрастных кризисов, психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития человека — от периода новорожденности до глубокой старости.

Для формирования индивидуально-психологических качеств человека значимыми оказываются как *биологическая*, так и со-

¹ Патогенез — патологический процесс, лежащий в основе заболевания.

циальная составляющие личности, что особенно важно, поскольку "выпадение" даже самого хорошего "материала" — интактного¹ человеческого мозга — из социума в самом начале его эволюции приводит к полному подавлению развития ребенка. В ходе развития ребенка к началу каждого возрастного периода между ребенком и окружающей его средой складываются исключительные и неповторимые отношения, которые составляют суть социальной ситуации развития ребенка.

Для каждого возрастного периода характерен свой, новый тип отношений между ребенком и окружающей его социальной средой. Становление психики ребенка, его развитие возможны при адекватном вовлечении в мир социальных взаимоотношений и обучении запасам знаний, накопленных предыдущими поколениями. Обучение, по мнению Л.С. Выготского, всегда должно идти впереди развития, создавая у ребенка "ближайшую зону развития". "*Ближайшая зона развития*" — это разница между тем, что ребенок может делать сам и что — с помощью взрослых.

Развитие и обучение неверно рассматривать как изолированные процессы: они едины. Обучение, следуя впереди, должно учитывать закономерности психологического развития ребенка и его возможности. Поэтому для врача и клинического психолога-практика крайне важно понимать закономерности развития психики ребенка, т. е. оно (развитие) не является простым количественным переходом от одного возраста к другому, а всегда представляет собой определенные качественные скачки. При этом нужно анализировать, по крайней мере, *два параметра*:

- ✓ изменение места, которое ребенок занимает в системе человеческих отношений;
 - ✓ изменение деятельности в данных конкретных жизненных условиях.
3. Для диагностики психического развития ребенка особенно важна оценка его *ведущей деятельности*, которая характеризуется:
- ✓ формированием внутри нее новых видов деятельности, характерных для следующего возрастного периода;

¹ Интактный человеческий мозг — мозг, незатронутый болезнью.

- ✓ созреванием или перестройкой частных процессов (например воображения — в абстрактное мышление и т. д.);
- ✓ основными психологическими изменениями личности.

Однако ведущий тип деятельности и социальная среда, в которой растет и развивается ребенок, очень быстро начинают вступать в противоречие с новыми потребностями ребенка и старыми условиями их удовлетворения. Именно эти противоречия выступают движущими силами развития психики. Поэтому критериями развития психики выступают:

- ✓ *новообразования* — те психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и определяют сознание ребенка, его отношение к среде, внутреннюю и внешнюю жизнь. Сами новообразования, в свою очередь, оказываются важными проявлениями развития, когда стабильный переход прерывается скачкообразными изменениями в психике ребенка в виде возрастных кризисов;
- ✓ *возрастные кризисы* — особые, относительно непродолжительные по времени (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями. Для них характерны:
 - различность границ начала и конца;
 - резкое обострение в середине возрастного периода;
 - относительная *трудновоспитуемость* детей по сравнению с периодом стабильного развития;
 - негативный, разрушительный характер ("пустыня отрочества", по Л.Н. Толстому).

4. Чем неполноценнее первичный материал и чем хуже учитывает социум индивидуальные особенности развития ребенка, тем острее проявляются возрастные кризисы и тем хуже они могут отразиться на будущей личности. Поэтому для клинического психолога важно значение периодов и основных закономерностей развития психики в каждом из них. В настоящее время многими психологами принята следующая возрастная периодизация:

- ✓ период **новорожденности** (до 1 месяца);
- ✓ период **младенчества** (1–12 месяцев);
- ✓ период **раннего детства** (1–4 года);
- ✓ **дошкольный период** (4–7 лет);
- ✓ **младший школьный возраст** (7–12 лет);

- ✓ подростковый период (12–16 лет);
- ✓ ранняя юность (16–19 лет);
- ✓ поздняя юность (19–21 год);
- ✓ молодость (ранняя зрелость) (21–35 лет);
- ✓ зрелость (35–60 лет);
- ✓ первая старость (пожилой возраст) (60–75 лет);
- ✓ старость (преклонный возраст) (75–90 лет);
- ✓ долгожительство (старше 90 лет).

5. Каждый из возрастных периодов имеет свои *специфические параметры, нормы и аномалии*; в каждом из них возможны ретардация (т. е. отставание, задержка развития), появление черт, свойственных иным возрастным периодам, а также типичные характерологические реакции и психосоматические взаимовлияния.

К разделу возрастной клинической психологии относят также *психические особенности и психосоматические расстройства* в период новорожденности, младенчества и раннего детства.

С момента рождения ребенка вступают в действие *безусловные рефлексы*, которые контролируют работу основных систем организма — дыхание, кровообращение, пищеварение, обеспечивающих основные биологические потребности ребенка. Однако этого набора рефлексов было бы явно недостаточно для адаптации к окружающему миру, если бы рядом не было взрослого человека, активно взаимодействующего с ребенком. Необходимы также и способности ребенка к обучению в виде приобретения сначала *простых*, а затем и более *сложных условных рефлексов*. Для беспомощного новорожденного взрослый является "психологическим центром всякой ситуации".

В этот период развития ребенок также оказывается особенно чувствительным к речи взрослого и готовым к общению с ним. Чувство удовлетворенности ребенок проявляет эмоциональной реакцией — мимикой, жестами, вокализацией. Возникает положительная эмоциональная реакция, чаще на мать, которая называется "*комплексом отшельника*".

6. *Сенсорная и эмоциональная психическая депривация*¹, особенно в течение первого полугодия, даже при условиях полноценного ухода за ребенком, может привести к задержке его психического, а нередко и моторного развития.

Полноценное эмоциональное общение значительно увеличивает эмпатический потенциал ребенка, делает его психику более гибкой и пластичной, развивает познавательную активность. Смена эмоционального общения на ситуативно-деловое с использованием речи повышает речевую активность ребенка; он постигает азы социального взаимодействия, овладевает моторикой, познает пространство. К *концу периода младенчества* появляется способность к пониманию человеческой речи, начинают произноситься первые самостоятельные слова. Младенец овладевает простейшими предметными действиями. В психическом развитии ребенка превалирует удовлетворение его новых потребностей в общении, в новых впечатлениях.

Младенческий возраст заканчивается *кризисом первого года жизни*, обусловленным становлением ходьбы и речи. Для этого периода характерны акты протеста, оппозиции, противопоставления себя другим (гипобулические реакции Кречмера). Иногда оппозиция ребенка принимает характер истерик, аффективно-респираторных судорог, припадков. Поведение ребенка в этом возрасте характеризуется единством моторных и сенсорных функций и недостаточной дифференцированностью аффектов и восприятия. *Ведущая деятельность* этого возраста — *предметно манипулятивная*, способствующая развитию познавательных процессов. Происходит зарождение наглядно-действительного мышления, формируются общие понятия, растет словарный запас, появляются слова-предложения. Они сменяются двухсловными предложениями. К этим годам ребенок овладевает грамматикой, почти всеми падежами и всеми предметными отношениями.

7, Отношение ребенка к окружающим его людям и их оценка зависят от того, как они относятся к ребенку. Постепенно, к 3-летнему возрасту, формируются более тонкие эмоции. Главным новообразованием этого возраста становится *сознание соб-*

¹ Депривация — продолжительное, более или менее полное лишение человека сенсорных впечатлений — в случае сенсорной депривации; эмоциональных отношений — в случае эмоциональной депривации.

ственного "Я", выделение себя из окружающего мира, что сопровождается стремлением к самостоятельности.

Основные проявления кризиса 3 лет.

- ✓ негативизм;
- ✓ строптивость;
- ✓ своеволие (обесценивание, принижение ценностей, деспотизм, ревность).

Степень выраженности кризиса 3 лет зависит от того, насколько взрослые учитывают изменившуюся ситуацию развития. Если они ограничивают самостоятельность, ущемляют свободу ребенка, ограничивают его инициативу, то возникает своеобразный бунт — протест, свидетельствующий о необходимости коррекции воспитательных мер со стороны взрослых.

Вопрос 5. Основные синдромы психических расстройств периода новорожденности, младенчества и раннего детства

1. Виды синдромов. Синдром невропатии
 2. Синдром раннего детского аутизма
 3. Гипердинамический синдром
 4. Синдром страха
 5. Характеристика психосоматических расстройств
- психосоматических расстройств

1. Для периода новорожденности, младенчества и раннего детства выделяют синдромы, характерные для психопатологических и психосоматических расстройств, а именно:

- ✓ синдром невропатии;
- ✓ синдром раннего детского аутизма;
- ✓ гипердинамический синдром;
- ✓ синдром страха.

Рассмотрим их подробнее. Так, при невропатии характерными являются разнообразные астенические проявления:

- ✓ повышенная раздражительность и возбудимость;
- ✓ капризность;
- ✓ неустойчивость настроения;
- ✓ быстрая истощаемость;
- ✓ выраженная пугливость;

- ✓ нарушение сна и соматовегетативные симптомы (срыгивания, рвоты, запоры, нарушение аппетита, избирательность питания, субфебрилитет, вегетативные кризы и обмороки).

2. *Синдром раннего детского аутизма характеризуется* выраженной недостаточностью или полным отсутствием потребности в контакте с окружающими; эмоциональной холодностью или безразличием к близким; страхом новизны, любой перемены в окружающей обстановке; болезненной приверженностью к рутинному порядку, однообразному поведению со склонностью к стереотипным движениям, расстройствам речи, иногда до полной "речевой блокады".

Первым признаком раннего детского аутизма часто выступает отсутствие свойственного здоровым детям "*комплекса оживления*", а затем нарушение способности дифференцировать людей и неодушевленные предметы, нежелание вступать в контакт, безэмоциональность или паратимия (неадекватные аффективные реакции) в сочетании со страхом новизны.

В раннем детстве к перечисленным клиническим проявлениям присоединяются однообразные манипуляции с предметами, использование нетрадиционных для игровой деятельности предметов. Типичными являются и нарушения психомоторики в виде угловатости, несоразмерности произвольных движений, неуклюжести, отсутствия содружественных движений, а также расстройства речи (от отсутствия до преобладания "*автономной речи*" — разговора с самим собой).

3. *Гипердинамический синдром проявляется* в первую очередь двигательной расторможенностью, неусидчивостью и иными формами гиперактивности в сочетании с нарушением внимания (иногда он обозначается синдромом дефицита внимания).

Характерными проявлениями данного синдрома являются:

- ✓ часто наблюдаемые беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, ребенок корчится, извивается);
- ✓ невозможность спокойно сидеть на месте, когда от него этого требуют;
- ✓ легкая отвлекаемость на посторонние стимулы;
- ✓ нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе);
- ✓ суетливость (на вопросы отвечает не задумываясь, не выслушав их до конца);

- ✓ сложности (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением) при выполнении предложенных заданий;
 - ✓ трудности с сохранением внимания при выполнении заданий во время игр;
 - ✓ частый переход от одного незавершенного действия к другому;
 - ✓ неспособность играть тихо, спокойно;
 - ✓ постоянная болтливость;
 - ✓ назойливость (часто мешает другим, пристаёт к окружающим, например вмешивается в игры других детей);
 - ✓ ребенок не слушает обращенную к нему речь;
 - ✓ рассеянность: постоянно теряет вещи, необходимые в школе и дома (например игрушки, карандаши, книги и т. д.);
 - ✓ снижение чувства опасности (часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях). При этом ребенок ищет приключений или острых ощущений (например перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).
4. Синдромы страха наиболее типичны для детей периода раннего детства. Это гамма разнообразных по клинической форме феноменов. Характер у страхов может быть дифференцированным и недифференцированным, навязчивым, сверхценным и бредовым по структуре. Для указанного синдрома характерны ночные страхи и страх темноты.
5. Для периода новорожденности, младенчества и раннего детства также характерны следующие психосоматические расстройства (Д.Н. Исаев):
- ✓ младенческая колика, или "колики трехмесячного". Проявляются приступами, сопровождающимися физической болью и эмоциональной реакцией на нее в виде громкого крика у ребенка 3-х месяцев. Возникают, как правило, во второй половине дня и длятся от нескольких минут до нескольких часов;
 - ✓ аэрофагия. Характеризуется заглатыванием большого количества воздуха у жадно сосущих детей с последующим громким звуком вырывания воздуха наружу (отрыжкой);
 - ✓ срыгивание. Происходит в виде извержения небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, наблюдается в возрасте 4-18 месяцев и при психосоматическом генезе связано с процессом чрезмерно жадного заглатывания пищи, быстрого сосания;

- ✓ *отсутствие аппетита (анорексия)*. Входит в структуру невропатических проявлений и характеризуется утратой влечения к пище и негативизмом при кормлении. Значимым является психогенный фактор в виде неправильного воспитания (на-пример отрыв от матери);
- ✓ *извращение аппетита (симптом Пика)*. Обычно развивается на 2–3 году жизни и характеризуется употреблением в пищу не-съедобных веществ (угля, глины, бумаги), что может быть свя-зано с отвержением детей при неправильном типе воспитания;
- ✓ *жвачка (меринизм)*. Рассматривается как невропатический симптом и проявляется в виде повторного пережевывания пи-щи после того, как заглоченная и переваренная пища отрыги-вается;
- ✓ *изменение массы тела (недостаточная прибавка или тучность)*. Характерно для невропатических реакций при депривации или иных психогенных факторах;
- ✓ *запор (констипация)*. Может быть связан с эмоциональн^ыми нарушениями, проявляющимися депрессиями и нарушениями коммуникации с формированием навязчивого страха перед де-фекацией в силу болезненности акта или повышенной стыдли-вости и застенчивости ребенка. Во втором случае констипация проявляется в новых условиях или вне дома, а затем ее прояв-ление становится связанным с физиологическими закономер-ностями;
- ✓ *энкопрез (недержание кала)* в виде непроизвольного выделения кала вне соответствующей обстановки. Часто обусловлен за-держкой формирования контроля за деятельностью анального афинктера, а также невропатическими расстройствами вслед за психогениями.

Вопрос 6. Психические особенности и расстройства у детей дошкольного и школьного возраста

1. Дошкольный возраст
2. Интеллектуальная готовность ребенка к школе
3. Младший школьный возраст
4. Синдромы, характерные для дошкольного и младшего школьного возраста

1. Дошкольный возраст характеризуется расширением предметного мира и стремлением действовать в мире реальных вещей в силу формирования самосознания. В этом возрасте не существует, отвлеченное познание, критическое созерцание, и поэтому чтобы освоить окружающий мир, ребенок действует в мире реальных предметов и вещей, т. к. не владеет способами осуществления этих действий. Здесь ему на помощь приходит *игра* — такая деятельность, мотив которой лежит не в результате, а в содержании самого действия. В частности, для дошкольников игра является ведущей деятельностью. Именно в процессе игры ребенок начинает выполнять определенные социальные роли. Примеряя к себе те или иные роли, он как бы осваивает определенные социальные функции, ведь только в ролевой игре можно сравнить свои возможности с возможностями других детей, лучше познать себя. Взамен "Я сам" постепенно формируется истинное самосознание.

Постепенно, с развитием ребенка, ролевые игры перерастают в игры с правилами, которые стимулируют достижение определенно значимых целей. Благодаря им складываются *самооценка, уровень притязаний*. В игре как ведущем виде деятельности активно формируются психические процессы: обогащаются восприятие, активная память и внимание. Именно ролевая игра приводит к переходу от наглядно-действенного мышления к словесно-логическому, освоению смыслов, формированию воображения, развитию моторики.

2. Если рассматривать интеллектуальную готовность ребенка к школе, то это важная, но не единственная предпосылка успешного обучения. Ключевым моментом здесь выступает отноше-

ние ребенка к школе, учебе, учителям, к самому себе ("социальная позиция").

Формирование "социальной позиции" по отношению к школе требует не только осознания ее как источника знаний, но и позитивного эмоционального отношения к ней. Ребенку необходимо научиться входить в детское общество, действовать совместно с другими, уступать, подчиняться.

Не менее важное место в развитии старшего дошкольника занимает *общение со взрослыми*, которое носит преимущественно внеситуативно-личностный характер и характеризуется усвоением ребенком особой позиции в отношении взрослого — *позиции ученика*, что является ценной предпосылкой для обучения в школе.

Переход из дошкольного возраста в младший школьный нередко сопровождается кризисом 7 лет. *Для кризиса 7 лет характерны:*

- ✓ утрата детской непосредственности;
- ✓ манерничанье, капризы, в поведении — нарочитость, нелепость, вертлявость, паясничанье, клоунада, ребенок строит из себя шута;
- ✓ начало дифференциации внутренней и внешней сторон личности ребенка;
- ✓ объектом анализа становятся субъективные переживания: "Я радуюсь", "Я огорчаюсь";
- ✓ формирование аффективного обобщения, логика чувств.

К возрасту 6—7 лет одной из основ изменения психологической деятельности ребенка, его личностных особенностей становится формирование новой деятельности — учебной, которая приобретает значение ведущей. Причем *сущность учебной деятельности* заключается в усвоении научных знаний через обобщение и перестройку личности ребенка.

3. *Переход из дошкольного в младший школьный возраст* происходит не автоматически, а путем преобразования игровой деятельности в учебную через правильное сочетание реально действующих и осознаваемых мотивов. Для клинического психолога важно знать, что развитие личности младшего школьника *может нарушаться вследствие двух причин*.

- ✓ неправильного понимания иерархии потребностей в результате недостатков воспитания и обучения;

- ✓ недостаточного развития функциональных систем мозга, обеспечивающих деятельность.

В свою очередь, учебная деятельность связана с формированием *самооценки личности*. Оценки, получаемые в школе, важны не только как способ оценивания знаний ребенка, но и одновременно как оценка его личности, его возможностей и места среди других. Поэтому несомненно, что у отличников формируется завышенная самооценка, у плохо успевающих — заниженная.

Коррекция самооценки — существенный момент, который требует сравнения ребенка только с самим собой. Важным здесь является использование поощрения. Похвала — лишь в присутствии других, порицание — наедине.

4. Важно помнить, что учебная деятельность приводит к изменению и психических процессов, среди которых наиболее важными являются:

- ✓ развитие высших чувств — чувства товарищества, дома, ответственности, коллективизма
- ✓ интеллектуальных чувств — любознательности, удивления, сомнения, удовольствия от удачного решения задачи.

Успех в учении — единственный источник внутренних сил ребенка, рождающих энергию для преодоления трудностей.

Из типичных для ребенка дошкольного и младшего школьного возраста психопатологических синдромов можно назвать:

- ✓ *синдром ухода и бродяжничества*. Характеризуется повторяющимися уходами ребенка из дома или из школы, поездками в другие районы города или иные населенные пункты; стремлением бродяжничать и путешествовать. Нередко он обусловлен микросоциальной средой и реакцией ребенка на психотравмирующую ситуацию в семье или в школе;
- ✓ *синдром патологического фантазирования*. Включает живость воображения, склонность к смешиванию вымысла, фантазии и реальности. Первым признаком синдрома патологического фантазирования выступает своеобразие игровой деятельности ребенка, во время которой он на длительный период способен "перевоплотиться" в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет. Пути формирования данного синдрома различны — от психогенно-личностного, связанного с формированием и преобладанием шизоидного или истериче-

ского радикала в характере ребенка, до эндогенного (шизофренического), обусловленного нарушениями коммуникативных способностей.

Из психосоматических расстройств главенствующую роль играют:

- ✓ цефалгии (головные боли) и боли в животе;
- ✓ лихорадки неясного генеза;
- ✓ психогенная рвота;
- ✓ запоры или диарея;
- ✓ энкопрез.

Вопрос 7. Психологические особенности и психосоматические расстройства у подростков

1. Переход от детства к зрелости
2. Гормональные, психические, психологические и личностные изменения у подростков
3. Вступление во взрослую жизнь
4. Новообразования подросткового возраста
5. Психологические особенности школьника
6. Общение в подростковом возрасте
7. Поведенческие реакции подростков
8. Юношеская культура

1. К *подросткам* принято относить детей 12–15 лет, причем период 11–12 лет определяется как препубертатный период, а 13–15 лет — как пубертатный.

Переход от детства к зрелости всегда считался критическим, однако кризис этого возраста (*пубертатный*) значительно отличается от кризисов младших возрастов, т. к. является самым острым и продолжительным. Связано это с комплексным воздействием на подростка целого ряда соматических, психологических и социальных факторов.

В основе бурных и подчас болезненно переживаемых соматических изменений организма подростка лежит в первую очередь *интенсивная физиологическая перестройка организма*, заканчивающаяся достижением половой зрелости. У подростков, кроме формирования вторичных половых признаков, отмечается изменение взаимоотношений частей тела: туловище еще детское при быстром развитии конечностей. Движения при этом становятся угловатыми и неуклюжими, плохо скоордини-

рованными. Часто за бурным ростом тела (резкое увеличение мышечной массы и роста) не успевают внутренние органы, что приводит к развитию целого ряда функциональных заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы.

2. Изменения в эндокринной системе не могут протекать без соответствующих изменений в психике. В связи с этим в момент особенно резких эндокринных сдвигов у подростков отмечается выраженное психическое беспокойство, повышенный уровень тревожности. Пытаясь избавиться от этой тревожности, выплеснуть ее вовне, они часто вступают в конфликты, нередко отмечаются коллективные драки. Этим же объясняется повышенная склонность подростков к посещению массовых шумных рок-концертов, употребление наркотиков и алкоголя.

Кроме гормональных сдвигов и психических изменений, у подростков наблюдаются и глубоко психологические, личностные изменения, прямо не связанные с перестройкой эндокринной системы. К таким изменениям следует отнести формирование нового самосознания с повышенным чувством собственного достоинства, собственных возможностей и способностей. Порой очень болезненно в течение подросткового периода ломаются и перестраиваются прежние отношения ребенка к окружающему миру и самому себе; формируется та жизненная позиция, с которой подросток начинает свою самостоятельную жизнь.

3. Вступление во взрослую жизнь — не одномоментное событие, а длительный процесс, биологические и социальные стороны которого имеют свои силы, свой ритм и темпы развития. В связи с высокими, но не синхронными темпами физического и психического развития подростков у них возникает много таких потребностей, удовлетворить которые в условиях еще недостаточной социальной зрелости не всегда возможно. Поэтому депривация потребностей¹ в подростковом периоде наблюдается чаще и выражена значительно сильнее, чем в более младшем возрасте, и преодолеть ее из-за отставания в психическом и социальном развитии подростка очень трудно.
4. Если говорить о новообразованиях подросткового возраста, то одним из них является формирование *чувства взрослости*, т. е.

¹ Депривация потребностей — продолжительное, более или менее полное лишение человека возможности удовлетворять потребности.

состояние, когда основная масса потребностей подростка ничем не отличается от таковых у взрослых. Но объективно получается так, что при наступающем взрослении социальная ситуация для подростка, как правило, не меняется — он остается учащимся и находится на иждивении у родителей, лишен ряда гражданских прав, что порой приводит к неразумным трудностям, входит в конфликт с реальной действительностью. В этом и кроется основная психосоциальная причина кризиса подросткового возраста.

Часто родители жалуются на резкое изменение отношений с детьми-подростками, на то, что они уже не выступают в качестве примера для подражания. Объясняется это тем, что происходит *смена значимых лиц*, и подростки во многих жизненных обстоятельствах ориентируются исключительно на мнение сверстников, почти полностью игнорируя мнение родителей и окружающих взрослых.

Именно в подростковый период *существенные изменения претерпевают внутрисемейные отношения*. В детстве родитель воспринимается как источник эмоционального тепла и поддержки, как носитель власти и распределитель благ и наказаний, как старший друг и советчик. В подростковом же возрасте явно ослабевают эмоциональные связи родителей и ребенка. Подросток как бы стремится освободиться от опеки. Он начинает предъявлять завышенные материальные требования. Но в трудную минуту подростки чаще всего обращаются за советом к родителям. Возникает как бы психологический барьер между родителями и подростком. Как ни странно, но подростки оценивают родителей более объективно, чем те своих детей. Потребность в неформальном общении с родителями у подростков велика, но удовлетворяется не полностью.

5. Среди других значимых взрослых в жизни подростка, помимо родителей, является *учитель*. В последнее время работа учителя усложнилась, особенно со старшеклассниками. Объясняется это тем, что предъявляемые требования и к учителям, и к подросткам носят весьма противоречивый характер. В отличие от старшеклассников, установка подростков по отношению к школе менее дифференцирована и сводится к тому, что они просто "любят" или "не любят" школу.

Ведущей деятельностью подростка остается учение. Мотивы этой деятельности для подростков по сравнению с младшими школьниками трансформируются. Для подростка учение становится прежде всего средством завоевать престиж у сверстников, заслужить репутацию хорошего ученика (хотя можно заметить, что репутация хорошего ученика далеко не всегда способствует завоеванию авторитета, если не наоборот).

В основе причин подростковой школьной дезадаптации лежат *усложненные и дифференцированные отношения с учителями*. Подросток в силу ряда причин начинает предъявлять с соответствующим максимализмом ряд требований к учителю. Так в образе "идеального учителя" на первый план выходят его индивидуальные качества — способность к пониманию, эмоциональному отклику, сердечность. На втором месте стоит профессиональная компетентность, уровень знаний и качество преподавания, на третьем — умение распоряжаться властью.

Конечно, не все учителя обладают гармоничной совокупностью этих качеств, отсюда дифференциация учителей и самих отношений с ними, возникновение всевозможных конфликтов, зачастую приводящих подростков к упорному нежеланию посещать школу. Но бывает и наоборот: нередко случаи привязанности к любимому учителю в форме страстного обожания и безоглядной преданности. Таких привязанностей не может быть много, у большинства подростков тесная эмоциональная связь существует с одним-двумя учителями, причем с возрастом эти отношения становятся все более избирательными.

Главное препятствие, мешающее взаимопониманию ученика и учителя, — абсолютизация ролевых отношений, наивно-бюрократическая "школа" и "учебоцентризм", за которыми кроется низкий уровень подготовки педагогов, нежелание (а порой и страх) увидеть в своих учениках личности. И здесь следует напомнить, что *личностный подход* — не просто учет индивидуальных особенностей учащихся. Это последовательное, всегда искреннее во всем отношение к ученику как к личности, ответственному и самостоятельному человеку. И, вероятно, уместно будет вспомнить древнее изречение Ксенофонта, который в своих "воспоминаниях о Сократе" писал: "Никто не может ничему научиться у человека, который не нравится".

6. Переориентация общения с родителей, учителей и вообще старших на ровесников — одна из главных тенденций переходного возраста. Потребность в общении со сверстниками, которых не могут заменить родители, возникает у детей довольно рано, а с возрастом усиливается. Поведение подростков по самой сути своей является коллективно-групповым. Общение со сверстниками представляет собой очень важный специфический канал информации, по которому подростки узнают многие необходимые вещи, не сообщаемые им взрослыми. Например, подавляющую часть информации по вопросам пола подросток получает от сверстников. К тому же общение подростков — это специфический вид межличностных отношений, вид эмоционального контакта.

Освоение групповой принадлежности, солидарности, товарищеской взаимопомощи не только облегчает подростку автономизацию от взрослых, но и дает ему чрезвычайно важное чувство эмоционального благополучия и устойчивости.

Психология общения в подростковом периоде и юношеском возрасте строится на основе *противоречивого переплетения двух потребностей*:

- ✓ обособления;
- ✓ потребности в принадлежности, включенности в какую-нибудь группу или общность.

Жажда общения и группировки со сверстниками вызывают чувства одиночества, неприкаянности, связанные с возрастными трудностями становления личности. Только в обществе своих сверстников они находят то, в чем им отказывают взрослые: эмоциональное тепло, спасение от скуки и признание собственной значимости. Напряженная потребность в общении превращается у многих ребят в непреодолимое и стадное чувство: они не могут не только дня, но и часа пробыть вне своей, а если своей нет — какой угодно компании. Особенно сильна такая потребность у мальчиков.

Типичная черта подростковых групп — чрезвычайно высокая конфликтность. Свою независимость от взрослых подростки отстаивают довольно яростно, зачастую абсолютно некритически относятся к мнению собственной группы и ее лидеров. Неокрепшее диффузное "Я" нуждается в сильном "Мы", в ко-

тором, в свою очередь, утверждают в противоположность какому-либо "Они".

Страстное желание быть как все (а "Все" — это исключительно "Свои") распространяется на одежду, вкусы, стиль поведения. Такое противоречие, когда индивидуальность утверждается через единообразие в своей группе, часто становится источником юношеской тревожности. Тем не менее это единообразие тщательно поддерживается, и тому, кто рискует бросить вызов, приходится выдерживать нелегкую борьбу со "Своими". Чем примитивнее сообщество подростков, тем нетерпимее оно к индивидуальным различиям, инакомыслию и вообще непохожести.

7. Клиническим психологам требуется знать особенности подросткового возраста не только с точки зрения психологических и социальных подходов, но и в плане подростковой психиатрии. *Здесь* необходимо обратить внимание на *определенные формы типичных поведенческих реакций подростков* на ту или иную социальную ситуацию, еще не являющиеся патологическими, но иногда таящие в себе опасность перерасти в "краевые психопатии". К таким реакциям принято относить реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования и некоторые другие реакции, обусловленные формирующимся половым влечением:
- ✓ *реакция оппозиции* — это активный протест, причиной которого могут быть слишком высокие требования, предъявляемые к подростку, непосильные нагрузки, утраты, недостаток внимания со стороны взрослых. Возникшая в детстве, оппозиция усиливается в подростковом периоде;
 - ✓ *реакция имитации* проявляется в стремлении подражать определенному образу, модель которого диктуется, как правило, компанией сверстников. Реакция может быть причиной нарушения поведения, если образец для подражания — асоциальный;
 - ✓ *реакция гиперкомпенсации* выражается в настойчивом стремлении подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб. В некоторых случаях неудачи заканчиваются нервным срывом;
 - ✓ *реакция эмансипации* проявляется в стремлении освободиться от опеки, контроля и покровительства старших. Она распространяется на порядки, законы и "стандарты" взрослых. По-

требность в эмансипации связана с борьбой за самостоятельность, самоутверждение себя как личности. В повседневном понимании это стремление сделать все "по-своему", в крайних вариантах — уходы из дома;

- ✓ реакция группирования — филогенетический стадный инстинкт. Группы в среде подростков возникают и функционируют по своим, еще недостаточно изученным законам, среди которых наибольшую опасность представляет так называемая *"автономная мораль"*, не совпадающая с требованиями родителей, школы, законов. Особенно сильна она у несовершеннолетних правонарушителей и преступников. Именно такая группа становится регулятором поведения для педагогически запущенных подростков. Особенно легко объединяются в группы наркоманы, социально распушенные, неустойчивые подростки, имеющие опыт асоциального поведения.

Юношеские группы и их соперничество — всеобщий факт человеческой истории, например:

- ✓ в первобытном обществе существовали специальные мужские союзы;
- ✓ в феодальном — "королевства шутов";
- ✓ в деревнях — "левобережные" враждовали, когда условно, когда всерьез с "правобережными";
- ✓ в городах возникали "клики", "шайки".

Явление это многоуровневое. Его самый глубинный, универсальный пласт — противопоставление "Мы" и "Они" по территориальному принципу — существует практически везде. Однако ослабление влияния семьи, особенно отцовского начала, повышает степень идентификации мальчика-подростка с группой; создается так называемый *"эффект стаи"*.

Существующие периферийные группы и течения чрезвычайно разнообразны. Это футбольные болельщики — "фанаты"; поклонники "тяжелого рока" — "металлисты"; "рокеры" — любители лихой езды на мотоциклах; различные "фэны" — поклонники эстрадных кумиров; экзотические панки, "листки", всевозможные "фуфаечники", "ватники", "системщики" и т. д. За последние годы *существенно расширилась мотивация* таких групп: если раньше это преимущественно были группы общения, то теперь в них представлены разные мотивы участия. Увеличилась доля групп, имеющих общепризнанных лидеров.

Что же касается идеологической направленности, то здесь тенденции явно противоречивы.

8. Несомненно, что юношеская культура не является чем-то независимым, цельным и законченным. Она всегда производна от культуры взрослых и большей частью вторична по отношению к ней. Юношеская культура весьма неоднородна и включает в себя множество разных, подчас враждебных друг другу течений. Она текуча и изменчива, но в то же время реальна и имеет целый ряд *постоянных компонентов*:

- ✓ специфический набор ценностей, норм поведения;
- ✓ определенные вкусы;
- ✓ формы одежды и внешнего вида;
- ✓ чувство групповой общности и солидарности;
- ✓ характерную манеру поведения, жаргон, ритуалы.

В юношеских увлечениях реализуется очень важное для формирования личности чувство принадлежности: чтобы быть вполне "своим", нужно и выглядеть "как все", и разделять общие увлечения.

Мода для подростка — это средство самовыражения, в которой он всячески подчеркивает свое отличие от "взрослых". Мода даже становится средством коммуникации и идентификации. Наконец, это способ обретения статуса в своей среде: поскольку нормы и ценности юношеской субкультуры являются групповыми, овладение ими (например умение разбираться в хоккее или поп-музыке) становится обязательным и служит способом самоутверждения

Но юношеская субкультура имеет и свои отрицательные стороны, поскольку обособление мира подростков от взрослых порождает *культурный и социальный провинциализм, психологию гетто*, обитатели которого живут исключительно частными локальными интересами. Часто при отсутствии высоких социально-нравственных стимулов групповая солидарность может цементироваться только образом общего врага, каковым являются "Они".

Огромная сложность и противоречивость отношений подростков в коллективе объясняется, с одной стороны, сложным, неустойчивым, постепенно меняющимся характером самих подростков; с другой - крайне многообразной и богатой жизни

взрослых, которую и пытаются копировать, моделировать подростки в своих коллективах.

Только развитие самосознания становится одним из центральных психических процессов переходного возраста. Изменение структуры социальных ролей и уровня притязаний подростка приводит к тому, что он впервые начинает обращать внимание на свой внутренний мир, пытаясь ответить на вопросы: "Кто я?!", "Кем я стану?", "Каким я хочу и должен быть?" Именно с появлением новых вопросов к себе и о себе связана перестройка самосознания. Так как для подростка единственно осознаваемой реальностью является внешний мир, он все более начинает задумываться о своих собственных чувствах и мыслях, анализировать внутреннее состояние других людей. В отличие от младших детей, у подростка ускоряется субъективное течение времени, появляется ощущение важности ближайшей перспективы, хотя в целом восприятие времени остается еще дискретным и во многом ограничено непосредственным прошлым и настоящим.

Переходный возраст сопровождается значительными изменениями в содержании и структуре "Я-концепции". У подростков заметно усиливаются склонность к самонаблюдению, застенчивость, эгоцентризм; нарушается устойчивость образов "Я"; несколько снижается общее самоуважение и существенно меняется самооценка некоторых качеств. Подросткам значительно чаще, чем детям, кажется, что родители, учителя и сверстники о них дурного мнения, и они чаще испытывают депрессивные состояния.

Несомненно, период "трудного возраста" — это период физических перемен, становления психосексуальной идентификации. В этом возрасте люди чаще, чем когда бы то ни было, становятся жертвами синдрома дисморфомании (бред физического недостатка), уделяя большое внимание своей внешности.

Вопрос 8. Психология и психопатология ранней юности

1. Развитие идентичности молодого человека
2. Различия психической деятельности юношей и девушек
3. Основные черты юношеского возраста
4. Развитие нравственного самосознания в ранней юности

В период ранней юности у мальчиков и девочек очень ярко начинают проступать половые психологические различия, которые выявляются в процессе формирования самосознания и образа "Я". Поэтому вполне логичным будет параллельный разбор этих психологических феноменов юношеского возраста. Формирование *личной идентичности* — чувства индивидуальной самотождественности, преемственности и единства, является центральным психологическим процессом развития самосознания.

В психологии принято выделять четыре этапа развития идентичности, измеряемые степенью профессионального, религиозного, и политического самоопределения молодого человека: *неопределенная, размытая идентичность*. Характеризуется тем, что индивид еще не выработал четких убеждений, не выбрал профессию и не столкнулся с кризисом идентичности; *досрочная, преждевременная идентификация*. Имеет место, если индивид включился в соответствующую систему отношений, но сделал это не самостоятельно, в результате пережитого кризиса, а на основе чужих мнений, следуя чужому примеру и авторитету; этап "*моратория*". Индивид находится в состоянии кризиса самоопределения, выбирая свой, единственный вариант развития; *зрелая идентичность*. Характеризуется завершением кризиса, индивид переходит от поиска себя к самореализации.

Обычно уже к возрасту 16-18 лет молодые люди приходят к этапу "зрелой идентичности", хотя бывает, что некоторые могут оставаться на уровне "размытой" идентичности или пойти путем досрочной идентификации. Что касается понятия "зрелой идентичности", то критерии его неоднозначны.

2. Следует отметить, что юноши оценивают себя главным образом по предметным достижениям, а для девушек важнее межличностные отношения. Юноша, не осуществивший профессиональный выбор, не может чувствовать себя взрослым. Девушка же способна основывать свои притязания на взрослость другими способами, например путем "коллекционирования" серьезных претендентов на ее руку и сердце.

Юноши, в отличие от подростков, гораздо более обеспокоены формированием собственных убеждений, развитием философского мировоззрения. Самовосприятие подростков чаще всего ориентируется на внешние стандарты. Примерно в 16 лет появляются собственные критерии значимости, а 17–18-летние оценивают себя прежде всего с точки зрения своей внутренней шкалы ценностей, представлений о своем счастье и благополучии. При переходе от подросткового возраста к юношескому самоописания становятся более субъективными, психологическими.

Главным психологическим приобретением юности выступает *открытие своего внутреннего мира*. Для юноши внешний мир — только одна из возможностей субъективного опыта, средоточием которого является он сам. Обретая способность погружаться в себя, собственные переживания, юноша заново открывает целый мир новых эмоций, красоту природы, звуки музыки.

Девушки более ранимы, чувствительны к критике, насмешкам и т. д. Они раньше, чем юноши, начинают вести *дневники*, чаще делают записи, и что самое главное — девичьи дневники отличаются большей интимностью: это описание и анализ чувств и переживаний, особенно любовных, и постоянный разговор с собой и о себе.

Юношеские дневники более разнообразны и предметны; в них отражаются прежде всего интеллектуальные увлечения и интересы авторов, их практическая деятельность. Эмоциональные переживания описаны гораздо более сдержанно.

Самосознание и самооценка юношей и девушек зависят от *стереотипных представлений о том, какими должны быть мужчины и женщины*, а эти стереотипы, в свою очередь, производны от исторически сложившейся в том или ином обществе дифференциации половых ролей. Юноши склонны считать себя более сильными, энергичными, властными и деловыми, чем

девушки; при этом они нередко переоценивают свои способности и положения среди сверстников, не любят признавать свои слабости. Девушки более самокритичны и чувствительны.

Вышеперечисленные *различия психической деятельности юношей и девушек* далеко не полны, но в то же время они составляют основные психологические механизмы полоролевого поведения, знание которых, несомненно, способно помочь клиническому психологу в работе с подростками и молодыми людьми.

3. *Дружба и любовь*, являющиеся *важнейшими чертами юношеского возраста*, относятся к интенсивным эмоциональным отношениям. Потребность в общении, втором "Я", вероятно, самая важная потребность в ранней юности. Желание иметь друзей неизменно открывает список важнейших жизненных ценностей 15–17-летних, часто опережая любовь. Эта потребность, тесно связанная с ростом самосознания, появляется уже у подростков и резко усиливается в юношеском возрасте.

К осрбенностям юношеской дружбы следует отнести ориентацию на ровесника. Желание иметь старшего или младшего друга встречается у юношей реже. Для юности типична идеализация друзей и самой дружбы.

В юности дружба занимает первое место в ряду других межличностных отношений, опережая по степени психологической близости отношения с родителями. Друг является единственным человеком, от которого юноша ждет более высоких оценок, чем его собственная самооценка.

В юношеской дружбе, как и в процессе развития самосознания, отчетливо проявляются *половые особенности*. Потребность в интимной дружбе возникает у девушек на 1,5–2 года раньше, чем у юношей, да и сама девичья дружба более эмоциональна. Девушки испытывают дефицит интимности. В общении с подругами у девушек сильнее звучат интимные темы.

Все вышеперечисленные различия являются не просто половыми, а *половозрастными*. Девушки быстрее созревают, у них раньше появляются сложные формы самосознания, следовательно, и потребность в интимной дружбе.

Для юноши-старшеклассника важнейшей референтной группой еще остаются сверстники своего пола. У девушек же этот

тип общения уже позади — в качестве идеального друга они все чаще выбирают юношей, причем более старшего возраста. С появлением новых, "взрослых" привязанностей дружба постепенно утрачивает свое привилегированное положение. Если в начале юности дружба оттесняет родительское влияние, то затем ей самой приходится потесниться, чтобы освободить место для новых привязанностей.

В развитии личностных отношений отчетливо проявляются определенные закономерности. Один вид отношений подготавливает другой, более сложный и постепенно уступает ему место. По Фрейдю, *юношеская любовь имеет свои особенности*, среди которых в первую очередь отмечается разобщенность чувственно-эротического и нежного влечений. У многих юношей бурный темп полового созревания опережает развитие тонких коммуникативных чувств, включая способность к сопереживанию. Здесь также довлеет традиционный стереотип искушенности, согласно которому мужчина подходит к женщине с "позиции силы". Девочки же озабочены тем, что вынуждены скрывать свои увлечения, оберегая собственное достоинство и репутацию.

От того, как разрешаются эти внутренние противоречия, во многом будет зависеть характер взаимоотношений подростков в более широком круге общения. Вначале психологическая близость легче достигается с человеком своего пола, хотя в целом девушки чувствуют себя в общении с юношами более свободно и уверенно. Это связано не только с разницей в темпах созревания, но и с тем, что юноши строже, чем девушки, разграничивают любовь и дружбу.

4. *Становление морального самосознания* — важнейшее условие развития психики человека. По мнению Л. Колберга, создавшего когнитивно-генетическую теорию морального развития личности и развившего идеи Ж. Пиаже и Л.С. Выготского, развитие морального сознания ребенка идет параллельно с его умственным развитием. *Колберг выделяет в нем несколько фаз:*

- ✓ *"доморальный уровень"*, которому соответствуют следующие стадии:
- когда ребенок слушается, чтобы избежать наказания;
 - когда ребенок руководствуется эгоистическими соображениями взаимной выгоды (послушание в обмен на какие-то блага и поощрения);

"конвенциональная мораль". Ей соответствуют стадии:

модель хорошего ребенка, движимого желанием одобрения со стороны других, значимых для него людей, и стыдом перед их осуждением;

- установка на поддержание существующих порядка и правил (хорошо то, что соответствует правилам);
- "автономная мораль", которая переносит моральное решение внутрь личности:

- она открывается стадией, когда подросток осознает относительность и неустановленность нравственных правил; требует их логического обоснования, усматривая таковое в принципе полезности;
- далее релятивизм сменяется признанием, существованием некоторого высшего закона, выражающего интересы большинства;
- затем формируются устойчивые моральные принципы, соблюдение которых объясняется собственной совестью, безотносительно к внешним обстоятельствам и рассудочным соображениям.

Знание особенностей становления морального сознания ребенка в значительной степени способствует построению правильного педагогического и лечебного процессов и позволяет избегать возникновения детских и подростковых психогенных нарушений.

Вопрос 9. Психические особенности и психические расстройства лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста

1. Характеристика лиц зрелого возраста
2. Кризисы зрелого возраста
3. Психические особенности и расстройства лиц пожилого и преклонного возраста
4. Основные "жизненные" позиции пожилых людей

Зрелость, следующая за юностью, выступает ее венцом и характеризуется психической деятельностью человека, обретением целостности. Под зрелостью личности понимают осознание своего места среди других людей, самоидентификацию, приня-

тие социальных норм (интериоризацию), ответственность за собственные поступки. Основной в зрелом возрасте является профессиональная деятельность, которая к пожилому и преклонному возрасту уступает место ценности существования и общечеловеческих ценностей.

По мнению К.К. Платонова, в развитии личности можно выделить *несколько этапов и рубежей* (см. табл.).

Этапы развития личности

Этап	Рубеж	Формирующая подструктура личности	Примерный возраст, в годах
Пренатальный период	Рождение	Биопсихические свойства	3 ± 0,5
Младенчество	Минимум личности	Особенности психических процессов	16 ± 1
Становление личности	Минимум социальной зрелости личности	Направленность	30 ± 2
Профессиональное развитие	Переоценка жизненного пути		55 ± 3
Гармоничное совершенствование	Предпенсионное планирование		55 ± 3
Старческая деградация	Смерть		

Специалисты отмечают *два рубежа развития зрелой личности* (Б.С. Братусь):

- ✓ в возрасте 30 + 2 года в виде переоценки своего жизненного пути, когда человек не только задумывается над правильностью собственного выбора, но и многое в нем исправляет ("*кризис средних лет*" в "возрасте Христа");
 - ✓ *предпенсионный кризис* в возрасте 55 ± 3 года, когда наступает период планирования своей пенсионной жизни.
2. В зрелом возрасте основной психологической проблемой выступает *идентичность, самовыражение и принятие себя* (т. е. *объективизация личности*). Кроме того, идентификация зрелого возраста может основываться на идентификации в области профессиональной деятельности, достижений и статуса, а трудовая деятельность выступает в качестве условия и формы проявления зрелости (Б.Г. Ананьев). Описано *четыре типа идентификации в профессии* (К.А. Абдульханова-Славская):
- ✓ I тип — идентификация происходит через выбор *профессии, максимально отвечающей и близкой к характеристикам лично-*

сти (например, если личность склонна к риску, то выбирается профессия, связанная с работой в трудных условиях, опасностью для жизни);

- ✓ И тип — идентификация с профессией такова, что она дает возможность личности двигаться в профессии *по ступеням служебной лестницы и ступеням мастерства*;
 - ✓ III тип идентификации, при котором движение в профессии осуществляется через *развертывание, развитие и совершенствование качеств и способностей личности*. Если в момент выбора профессии способности находились в потенциальном состоянии, то профессия активизирует их и тем самым открывает перспективу развития личности;
 - ✓ IV тип идентификации, для которого совпадение с профессией обусловлено не только наличными способностями, но и *творческой активностью личности в целом*.
3. Кризис старших лет может возникнуть в случае существенных расхождений при сопоставлении наличной ситуации в возрасте, когда человек ожидает "пожинать плоды", с идеалами, рисовавшимися ему в юности. Такие расхождения охватывают:
- ✓ *рассогласование в сфере профессиональной идентичности*, включающее неудовлетворенность ходом карьеры, сложившимся социальным авторитетом, уровнем материального благополучия. Оно является лишь одним из значимых рассогласований, более важных для мужчины, чем для женщины;
 - ✓ второй сферой выступает *семейная жизнь*, в которой кризис способен вызвать неудовлетворение семейным статусом, выбором партнера и друзей; отношениями с близкими, благосостоянием семьи и пр.;
 - ✓ третья сфера, по которой происходит процесс сличения идеала и реальности, — это *сфера личностного роста*, включающая удовлетворенность собой (самоактуализацию). Человек средних лет склонен анализировать свою востребованность со стороны общества, степень раскрытия в процессе жизни своих потенциальных возможностей и способностей.
4. При переходе к пожилому и преклонному возрасту человек постепенно смиряется с теми ролью и положением, которых он добился в процессе жизни. Он нацеливается на достойное завершение жизни, ориентируется на собственное здоровье и общечеловеческие ценности (например справедливость). Культурная среда оказывает существенное влияние на старение.

Старости присущ свой лик, роднящий даже несхожих людей. Сюда относятся и некоторая *эгоцентричность*, и *медлительность в принятии решений*, влекущих за собой серьезные изменения в жизни, и особая *недоверчивость*.

В психическом и психологическом плане основной проблемой старости является, как было сказано выше, *одиночество* и вследствие этого утрата необходимых и желанных контактов; беззащитность перед окружением, несущим, как кажется пожилым, лишь угрозу их благосостоянию и здоровью. При этом отношения между соседями не всегда носят доброжелательный характер. Зачастую эти отношения превращаются в длительную войну, текущую с переменным успехом. *Проявления психической болезни у пожилых*, вовлеченных в конфликт с соседями, очень схожи с проявлениями недружелюбного отношения, однако поддаются распознаванию.

Из *типичных психологических или психопатологических феноменов* лиц пожилого и преклонного возраста можно отметить повышенную тревожность, подозрительность и недоверие, страх быть обманутыми.

Из личностных качеств отмечается уменьшение с возрастом таких качеств, как честолюбие, самолюбие и тщеславие, при одновременном снижении общительности и человеколюбия (М.М. Тульчинский). Если сравнивать проявления эмоциональных переживаний пожилых и молодых людей, то с возрастом происходит значительное уменьшение переживаний в виде тоски и печали с одновременным ростом тревоги, раздражительности, угрюмости, страха (В.П. Ефименко). Возникновению аффективных расстройств способствует появление "ролевой неопределенности" и социальной идентичности.

5. Выделяется несколько основных "жизненных позиций" пожилых людей (К. Вишневска-Рошковска):

- ✓ "*конструктивная*" позиция. Люди с такой ориентацией всю жизнь были спокойными и довольными. Они позитивно относятся к жизни, способны смириться с приближающейся смертью, активны и настроены на оказание помощи другим. Из старости трагедии не делают, ищут развлечений и контактов с людьми;
- ✓ "*зависимая*" позиция. Присуща людям, которые всю жизнь не вполне доверяли себе, были слабовольными, пассивными.

Старая, они еще с большим усилием ищут помощи и признания, не получая которых чувствуют себя несчастными; *"защитная" позиция*. Формируется у людей с повышенной сопротивляемостью трудностям. Они не стремятся к сближению с людьми, не желают получать от кого бы то ни было помощи; держатся замкнуто; отгораживаются от людей, скрывая собственные чувства. Старость воспринимается ими с негодованием и ненавистью;

позиция "враждебности к миру". Это "гневные старики", склонные обвинять окружающих и общество во всех неудачах, которые они перенесли в жизни. Такие люди подозрительны, агрессивны, никому не верят, испытывают отвращение к старости, стараются держаться за свою работу;

позиция "враждебности к себе и своей жизни". Выражается в пассивности, исчезновении интересов и инициативы. Такие люди склонны к пониженному настроению и фатализму, чувствуют себя одинокими и ненужными. Свою жизнь они считают неудавшейся, к смерти относятся безболезненно, как к избавлению от существующих страданий.

По мере старения круг интересов сужается, и человек становится в большинстве случаев эгоцентриком. Часто пожилые люди страдают психическим отклонением, "бредом ущерба, обкрадывания, порчи"

Приведенные выше особенности позволяют учитывать их при проведении экспериментально-психологического обследования, диагностики или психопатологических симптомов и синдромов, а также при интервьюировании и оказании терапевтической помощи.

Вопрос 10. Семейная клиническая психология. Патопсихология

1. Предмет психологии семейных отношений
2. Антипационный паттерн
3. Проблемы неблагополучных семей
4. Невротические и психосоматические типы реагирования
5. Проблема недопонимания между членами семьи
6. Патопсихология

Психология семейных отношений изучает особенности формирования семьи, мотивы выбора супругов и в целом социальную сущность семьи и влияние семейных отношений на общество и гармонию отдельного человека. Для клинического психолога интерес представляют отношения в семье, которые рассматриваются сквозь призму влияния на соматическое и психическое здоровье ее членов, а также их личностный рост.

Существует несколько *сфер жизнедеятельности семьи*, непосредственно связанных с удовлетворением определенных потребностей ее членов: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, духовного общения, первичного социального контроля, сексуально-эротическая. Любая из этих сфер может способствовать как гармонизации и адаптации члена семьи к обществу, так и дисгармонизации и дезадаптации.

Семья способна формировать определенные *паттерны* — образцы поведения, которые будут направлять человека, способствовать выработке у него саногенного или патогенного мышления (по Ю.М. Орлову):

саногенное мышление — мышление, которое снижает внутренние конфликты, напряженность; позволяет человеку контролировать свои эмоции, потребности и желания. Соответственно оно предотвращает различные заболевания;

патогенное мышление действует исходя из противоположных принципов — привычных автоматизмов и традиций.

Конечно, человек способен предотвращать развитие отнюдь не всех заболеваний, а лишь тех, которые формируются психогенным путем. К ним относятся невротические и психосоматические расстройства и заболевания.

Оба отмеченных мышления включают достаточно большое количество паттернов поведения, среди которых особо выделяется антипационный паттерн (В.Д. Менделевич).

2. *Антипационный паттерн — шаблоны поведения, сформированные в семье в процессе социализации, позволяющие вероятностно прогнозировать события*, т. е. предвосхищать будущее на основе вероятностной структуры прошлого опыта и информации о ситуации. Данный процесс носит название "*антиципация*".

Лица, страдающие невротами, отличаются от тех, кто избегает в течение жизни невротического реагирования (неврозоустойчивых), тем, что игнорируют прогнозирование событий, впоследствии становящихся психотравмирующими. Как правило, они исключают из прогноза нежелательные события и тем самым ограничивают возможности подготовки к восприятию и "перевариванию" невротизирующего конфликта.

Часто бывает, что патогенные антипационные паттерны формируются в процессе семейного воспитания и передаются детям в виде стереотипов поведения, взаимоотношений с людьми, сохранения эмоциональной стабильности. Взять хотя бы *семейный паттерн убежденности в необходимости и полезности для психического здоровья прогнозирования лишь желаемых исходов жизненных ситуаций и блокирования размышлений о нежелательных*. Этот антипационный паттерн закрепился в таких пословицах и поговорках, как "не каркай", "сглазишь" и др. Очень важно понять, что именно этот семейный паттерн лежит в основе не только невротических (психогенных) расстройств, но и определяет психопатологические синдромообразования в рамках психотических нарушений, в частности при шизофрении.

Кроме антипационного паттерна, семья способна вырабатывать у своих членов и другие паттерны поведения: *нозогностические* (тревожный, депрессивный, истерический, ипохондрический) и *антозодогностические*.

3. Следует обратить внимание на то, что наиболее патогенное влияние на членов семьи может оказывать *семья*, которую обозначают как "*способствующую психической травматизации*" (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий). Причем психическая травматизация обусловлена не только прямыми конфликтами семьи с одним из членов, но и самой психотравмирующей сре-

дой, а именно — косвенным воздействием традиций внутрисемейных отношений на личность человека.

Существует три типа неблагополучных семей:

- ✓ *конфликтные*. К ним относятся такие, в которых между супругами имеются сферы, где их интересы, потребности, намерения и желания постоянно входят в столкновение, порождая особо сильные и продолжительные отрицательные реакции;
- ✓ *кризисные* — такие, где противостояние интересов и потребностей супругов носит особо резкий характер и захватывает важные сферы жизнедеятельности семьи;
- ✓ *проблемные* — семьи, перед которыми возникли особо трудные жизненные ситуации, способные нанести ощутимый удар по стабильности брака (отсутствие жилья и средств, тяжелая и продолжительная болезнь одного из супругов, осуждение на длительный срок и т. д.).

Клинический психолог при оценке типов и выраженности неблагополучия в семье руководствуется оценкой супругами степени благополучия в их семье и признает малоинформативными формальные признаки конфликтности.

Выделяют несколько способов формирования у члена семьи психологического напряжения, в которых участвует вся семья:

- ✓ оказание на индивида постоянного психологического давления, создание трудного или даже безвыходного положения (ситуация жены психоголика, живущей в постоянном страхе). Этот способ назван "обучением беспомощности";
 - ✓ возведение препятствий для удовлетворения членами семьи определенных, чрезвычайно важных потребностей;
 - ✓ создание или поддержание у индивида внутренних конфликтов;
 - ✓ оказание косвенного воздействия с помощью давления на других членов семьи или супруга с помощью супружеских невербальных игр (по Г. Берну), таких как: "скандал"; "игра в ревность" с целью избежать сексуального конфликта и наказания таким образом супруга за какие-либо провинности; игра в "фригидную женщину" ("фригидного мужчину") с целью провозгласивания супруга на скандал и некоторые другие.
4. Семья способна формировать паттерны реагирования на психические травмы, т. е. создать *фрустрационную толерантность* члена семьи или сделать из него "потенциального невротика". Под "**потенциальным невротиком**" понимается (В.Д. Менделеев)

вич) *индивид, который в силу склада психической деятельности в большей степени, чем другие, склонен к невротическому типу реагирования*. В структуре индивидуально-психологических особенностей "потенциального невротика" отмечается несколько параметров.

Л. Бинсвангер предложил термин, выделенный среди первого ряда параметров, — *феномен "фиксированных абсолютов"*. Невротик в силу особенностей своего мышления с трудом анализирует происходящие в его жизни события, не может критически и практично подойти к своим слабостям. Как считал Л. Бинсвангер, "у невротика узок горизонт видения". Одна из отличительных особенностей "потенциального невротика" — стиль его мышления, носящий оттенок догматичности. К невроту оказываются предрасположенными те люди, которые не склонны к гибкости, в некотором смысле упрямы, трудно переключаются с одного дела на другое, не желают соотносить вынужденные обстоятельства со своими принципами.

Обычно "фиксированным абсолютом" выступает представление о "нормальной — как у всех людей — жизни".

"Фиксированные абсолюты" могут быть различными по сути, а их количество у одного человека может колебаться от единицы до десятков. Абсолютизированными могут оказаться семейные и производственные отношения, дружба, любовь и многое другое. Труднее назвать, что не подвержено абсолютизации.

Догматический строй мышления, негибкость и бескомпромиссность не единственные параметры "потенциального невротика" и людей подобного склада. Не менее важной составляющей считается *способность к адекватной самооценке и контролю притязаний*. Для "потенциального невротика" характерна неустойчивость самооценки (от значительно завышенной до существенно заниженной), которая также проходит этап становления в семье.

Гармонично развитая личность, видя свои недостатки, предпринимает попытки их искоренить и стать лучше чем она есть. В действительности человек должен несколько завышать свои представления о себе. Потерпев, допустим, поражение, здоровый человек не опускает рук. Он корректирует самооценку и уровень притязаний и говорит себе: "Всякое поражение неприятно, но это не конец. В моих силах сделать так, чтобы в будущем я добился успеха".

"Потенциальный невротик" в силу семейной традиции часто очень болезненно реагирует на подобные поражения и, в отличие от гармоничной личности, продолжает упорно, невзирая на объективные трудности, штурмовать недоступную вершину. "Неврозоустойчивый человек" вначале ставит перед собой более легкую цель и постепенно, поэтапно усложняет ее (движется к конечной цели). "Потенциальный невротик" в силу подобной неспособности оказывается часто не готов к быстрому и адекватному разрешению конфликтов.

Человек, нацеленный избегать невротических расстройств, должен научиться разумно "проигрывать в голове" различные варианты своей будущей жизни; решить для себя, что имеет принципиальное значение и потребует действительной борьбы (например любовь к детям или служебное положение); а также подумать, при каких обстоятельствах он будет отступать и капитулировать, естественно, подготовив для этого отходные пути.

Часто симптомы невроза возникают у женщин с неблагоприятно складывающейся семейной жизнью. Для многих из них угроза развода становится фактором, провоцирующим заболевание.

Можно с уверенностью утверждать, что *семья выступает в качестве фактора защиты ее членов от психологических травм*, что происходит по следующим направлениям:

- ✓ через формирование способности противостоять психической травме;
 - ✓ воздействие на психическую сопротивляемость;
 - ✓ формирование представления о вероятности возникновения патогенной ситуации.
5. Кроме невротического и психосоматического типа реагирования, довольно часто патогенными становятся *микротравмы и недопонимание между членами семьи*, связанные с определенными ожиданиями и трудностями. К *"недопониманиям"* относят несоответствие целей и содержания воспитания, а также неспособность понимать и отличать:
- ✓ идентичность кризисов и личностное развитие;
 - ✓ уникальность и тождественность;
 - ✓ справедливость и любовь;
 - ✓ идентификацию и проекцию;
 - ✓ мужчину и женщину;

- ✓ секс, сексуальность и любовь;
- ✓ карикатуры любви;
- ✓ здравый смысл и предубеждение;
- ✓ интеграцию и потерю общности;
- ✓ относительность ценностей;
- ✓ обобщение и дифференциацию;
- ✓ бессознательное и сознательное;
- ✓ веру, религию и церковь;
- ✓ условность и безусловность судьбы;
- ✓ смерть и отношение к смерти.

Ситуации недопонимания могут быть спонтанными и вызванными сознательно, спровоцированными. Иногда человек способен имитировать недопонимание, которое автоматически освобождает его от нежелательных действий.

К недопониманиям, вызывающим психологические отклонения и психические симптомы уродителей, относятся;

- ✓ *недопонимание целей и сути воспитания детей*. У многих матерей развиваются клинические симптомы невротических расстройств в связи с несоответствием их ребенка идеальному поведению. Недопонимание целей и сути воспитания основано на неспособности и неумении родителей различать два процесса; обучение и тренинг (дрессура);
- ✓ *неспособность различать идентичность кризисов и личностного развития*, которое лучше всего представить на основании максимы Вовенарга: "Молодежь меньше страдает от собственных ошибок, чем от нравучений и мудрости старших". Если у ребенка возникает желание испытать себя, убедиться в правильности сентенций, найти свой собственный путь, это обозначается понятиями "личностный рост" и "развитие";
- ✓ недопонимание "*уникальность - тождественность*", которое отражает конфликт между семейными традициями (например в выборе профессии или рода занятия) и желаниями, идущими с ними вразрез;
- ✓ недопонимание "*справедливость - любовь*". Оно описывается как попытка кого-либо обосновать эмоциональность (любовь) теми или иными качествами человека, рационализировать чувства. Любовь пытаются опосредовать с помощью социально значимых способностей.

К группе партнерских недопониманий относятся:

- ✓ в первую очередь "идентификация — проекция". Когда мы оцениваем поведение других, то меряем их своей меркой;
- ✓ "мужчина — женщина". Суть его заключается в конфликте ролевого поведения, когда за человеком того или иного пола тянется шлейф типичных представлений о его назначении, формах поведения, стилях жизни. Часто это проявляется в гиперобобщениях типа: "Все мужчины гуляки, все женщины — сплетницы" и пр.;
- ✓ если брачные узы строятся на основе "секс — сексуальность — любовь", то возможны разочарования и психологические трудности партнеров в связи с возрастными изменениями.

Нередкими являются и концептуальные недопонимания, которые создают благоприятную почву для возникновения невротического конфликта. Базой для них служат предубеждения, суеверия, догмы и традиции. Отметим среди подобных недопониманий:

- ✓ "здравый смысл — предубеждение". Оно отражает два принципиально различных подхода к пониманию и объяснению действительности: рациональный и иррациональный;
- ✓ "интеграция и потеря общности", при котором человек склонен оценивать то или иное событие либо пессимистично, либо оптимистично исходя из структуры индивидуально-психологических особенностей личности;
- ✓ "относительность";
- ✓ "обобщение — дифференциация";
- ✓ "бессознательное — сознательное", характеризующееся оценкой деятельности;
- ✓ "вера — религия — церковь", "условность и безусловность судьбы", "отношение к смерти" — наиболее принципиальные недопонимания. Невротический конфликт может возникнуть в связи с рассуждением о вышеперечисленных аспектах жизни и смерти, веры и приверженности религии, пониманием фатальности или обусловленности внутренними факторами судьбы.

6. Огромное теоретическое и практическое значение для психологии и психиатрии имеет патопсихология. В частности, проблемы педагогики, медицины, техники, невозможно разрешить без учета человеческого фактора. В патопсихологии, так же как

и в других междисциплинарных областях, происходит интенсивный процесс формирования новых подотраслей.

Нельзя сказать, что, отпочковавшись, патопсихология подчиняется только своим законам. Оставаясь зрелой, многогранной, она тем не менее подчиняется основным закономерностям "материнской" дисциплины. Являясь так или иначе наукой психологической, патопсихология имеет также проблематику, неразрывную с *общей психологией*.

Иногда приходится слышать, что патопсихология ближе к *психиатрии*. В настоящее время признано, что патопсихология является психологической наукой и имеются отличия ее предмета от психиатрии, т. к. последняя направлена прежде всего на выяснение причин психической болезни (синдромы и симптомы болезни), закономерности их появления и т. д. Патопсихология же, как говорилось выше, являясь психологической дисциплиной, исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме.

Патопсихология изучает и анализирует в первую очередь закономерности распада психической деятельности и свойств личности и сопоставляет их с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, а также изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга.

Таким образом, "размытых границ" между психиатрией и патопсихологией быть не должно, и подмены термином "малой психиатрии" — также. У патопсихологии свои проблемы и задачи, и решать их она должна собственными методами и в системе своих категорий. Не должно быть подмены проблем, которые подлежат изучению психиатрией, т. к. это приведет только к торможению развития патопсихологии.

Установлено, что *патопсихологи* — это прежде всего психологи, хорошо владеющие теорией и практикой. В противном случае это может привести к упрощенному представлению о сложных психических процессах, неправильным выводам. Свою экспериментальную деятельность патопсихологи должны умело организовывать и затем проводить анализ результатов. Исследования в патопсихологии имеют: а) теоретическое и б) прикладное значение. Имея патопсихологический материал, мы можем выявить строение различных форм психической деятельности (вскрыть психические факторы, "ответственные" за ту или иную структуру познавательной деятельности больного).

Доказано, что душевная болезнь ведет к распаду не только сформировавшихся процессов, мотивов и потребностей, но и к формированию новых мотивов, качеств, черт.

Прикладное значение патопсихологии не менее значимо, имея в виду стоящие перед патопсихологическим исследованием задачи, а они разнообразны. В первую очередь они могут быть использованы для дифференциально-диагностических целей, а также (что особо хотелось бы отметить) служат дополнительным материалом при установлении диагноза.

Методические приемы используются не только в психоневрологической практике. Они необходимы также в терапии, хирургии и в других науках. Данные экспериментальной патопсихологии важны при решении вопросов психиатрической экспертизы: трудовой, судебной, воинской.

Особо хотелось бы отметить, что у патопсихолога обозначилась еще одна сфера деятельности — участие в психотерапевтической работе.

Экспериментальные факты, накопленные патопсихологами при решении обозначенных выше практических задач, могут оказаться полезными при решении ряда теоретических вопросов, при изучении того или иного симптома, необходимости вскрыть его природу.

Вопрос 11. Психология здоровья

1. Понятие здоровья
2. Различные подходы к изучению проблемы здоровья
3. Компоненты эталона здоровья
4. Концепция "самоактуализации" А. Маслоу

Научное толкование здоровья, его сложной и многофакторной природы предполагает комплексность изучения. В настоящее время *здоровье* рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия. Эта сложность и неоднородность состава присуща самой природе здоровья, акцентирована в формулировке, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения: "Здоровье — состояние

полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов".

Западные ученые, представляющие специальную психологическую дисциплину, сфокусированную на проблемах здоровья, также определяют эту категорию как благополучие в самом широком смысле.

Специфика здоровья не может быть ограничена отдельными (биологическими, социальными или духовными) аспектами бытия, здоровье становится предметом междисциплинарного исследования. На принципах комплексного, междисциплинарного подхода базируется, в частности, такое современное научно-практическое направление, как наука о здоровье.

2. Обобщая наиболее распространенные в наши дни научные взгляды на проблему здоровья, мы можем выделить несколько альтернативных подходов к исследованию этого феномена:
 - ✓ нормоцентрический;
 - ✓ феноменологический;
 - ✓ холистический;
 - ✓ кросс-культурный;
 - ✓ дискурсивный;
 - ✓ аксиологический (ценностной);
 - ✓ интегративный.
3. Если говорить об эталоне здоровья, то в нем можно выделить следующие компоненты:
 - ✓ наиболее общее представление о феномене здоровья (как правило, лаконично выраженное в дефиниции);
 - ✓ эталонный образ личности, предполагающий набор устойчивых личностных характеристик;
 - ✓ устоявшееся представление об основных условиях и принципах здорового существования;
 - ✓ информация о путях и способах оздоровления личности, отражающая культурно-исторический опыт различных сообществ;
 - ✓ определенный тип интерпретации болезни, соответствующий тому или иному социокультурному эталону здоровья.
4. Если рассматривать здоровье как определенный уровень развития общества, то, как писал признанный лидер гуманистической психологии А. Маслоу, основным критерием здоровья можно назвать "полную актуализацию возможностей человека",

или "самоактуализацию". Люди, достигшие вершин самоактуализации, могут расцениваться как живые эталоны психического здоровья.

Психологически здоровый индивид, в понимании А. Маслоу, может быть охарактеризован как "зрелость с высокой степенью самоактуализации". Здоровый человек согласно такому подходу должен рассматриваться во всей совокупности его биологических, психологических и духовных проявлений, которые адекватно представлены в мотивационной сфере личности. Как писал А. Маслоу, "между психическим и физическим здоровьем человека существует синергетическая взаимосвязь". При оценке здоровых, самоактуализирующихся людей можно заметить постепенную, но неуклонную замену отчетливо нормативных и открыто личностных оценок на все более объективные понятия описательного характера (Маслоу).

Вопрос 12. Патопсихологические методы исследования

1. Экспериментально-психологические (патопсихологические) методы исследования
2. Понятие патопсихологического синдрома
3. Патопсихологические регистр-синдромы
4. Патопсихологическая оценка нарушений внимания
5. Патопсихологическая оценка нарушений памяти
6. Патопсихологическая оценка нарушений восприятия
7. Патопсихологическая оценка нарушений мышления
8. Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта
9. Патопсихологическая оценка нарушений эмоций

1. По определению Б.В. Зейгарника под *патопсихологическими исследованиями* (экспериментами) в современной психологии понимается *использование любой диагностической процедуры моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и отношений личности*. Основными задачами паракли-

нических методов в клинической психологии являются обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление *патопсихологических синдромов*.

2. По мнению З.М. Блейхера, *патопсихологический синдром* — это *патогенетическая обусловленная общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных*. К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская).

Если говорить о том, что в патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы, необходимо вспомнить, что в системе иерархии мозговых процессов различаются такие уровни, как: патобиологический, пато- и нейропсихологический, психопатологический (А.Р. Лурия, Ю.Д. Полякова). Из этого следует, что при выявлении патопсихологических синдромов становится возможной оценка особенностей структуры протекания и самих психологических процессов, приводящих к клиническим проявлениям — психопатологическим синдромам.

Задача патопсихолога — исследовать, раскрыть и проанализировать определенные компоненты мозговой деятельности (ее звеньев и факторов), выпадение которых стало причиной формирования клинических симптомов.

3. *Регистр-синдромы* позволяют клиническому психологу зафиксировать нарушения в различных сферах психической деятельности и ранжировать их по механизмам возникновения. Это очень важно, т. к. правильная квалификация патопсихологического синдрома позволяет клиницисту проверить нозологический диагноз и в верном русле направить коррекционную и терапевтическую работу.

Патопсихологические регистр-синдромы. по И.А. Кудрявцеву.

- ✓ шизофренический;
- ✓ аффективно-эндогенный;
- ✓ олигофренический;
- ✓ экзогенно-органический;
- ✓ эндогенно-органический;
- ✓ личностно-аномальный;

- ✓ психогенно-психотический;
- ✓ психогенно-невротический.

Параклинические методы исследования в клинической психологии представляют собой обширный *набор способов оценки деятельности целого мозга*. Каждый из них представляет собой инструментарий какой-либо области науки. Вследствие этого освоение всех параклинических методов и способов диагностики не входит в компетенцию клинических психологов. Но умение подобрать необходимые при конкретной клинически выявленной патологии параклинические методы, обосновать необходимость их использования, правильно трактовать полученные с их помощью результаты считается неотъемлемой составляющей деятельности клинического психолога.

При оценке функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интерактивных образований патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов.

4. Если необходимо выявить и подтвердить клинические расстройства внимания, наиболее адекватными *патопсихологическими методиками являются оценка внимания*:

- ✓ по таблицам Шульте;
- ✓ по методике Крепелена;
- ✓ по результатам проведения коррекционной пробы;
- ✓ по методике Мюнстерберга.

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в определенном порядке в клетках. Испытуемому предлагается подряд 4–5 неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели:

- ✓ превышение нормального (40–50 с) времени, затраченного на указывание и название ряда цифр в таблице;
- ✓ динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

Методика по Крепелину используется для исследования утомляемости. Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных столбцом. Результаты оценива-

ются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок.

Для проведения корректирующей пробы используются специальные бланки, на которых приведен ряд букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание испытуемым одной или двух букв по выбору исследуемого. При этом через каждые 30 или 60 с исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания. Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректирующей пробе: 6–8 мин. при 15 ошибках.

Методика Мюнстерберга. Предназначена для определения внимания. Методика выявляет специфику изменений нарушения внимания при различной психической патологии. Методика Мюнстерберга также предназначена для диагностики соматических заболеваний, при которых нарушения внимания типичны, сопровождаются выраженным синдромом и другими яркими клиническими проявлениями, а также больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью и страдающих другими заболеваниями, сопровождающимися общемозговыми явлениями (к примеру, при нейроинтоксикациях).

5. Патопсихологическая оценка нарушений памяти. Случается так, что возникает необходимость клинически подтвердить расстройства памяти, когда они выражены незначительно или когда пациент жалуется на более выраженные расстройства памяти. Часто клиническими психологами используются оценки мнемических нарушений — методика запоминания 10 слов. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному и произвольному запоминанию.

Пациенту зачитывают 10 слов, подобранных таким образом, чтобы между ними было трудно услышать какие-либо смысловые отношения (например гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Причем после за-

поминания подобная процедура повторяется 4–5 раз подряд. Отмечают следующие *показатели*:

- ✓ количество воспроизведенных слов;
- ✓ количественная динамика воспроизведенных слов (кривая произвольного заполнения).

По результатам данного теста возможны следующие *заклучения о характеристиках памяти испытуемого*:

- ✓ непосредственное запоминание не нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему 10 слов воспроизводит не менее 7 слов;
- ✓ непосредственное запоминание нарушено — в тех случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему 10 слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше количество слов удастся воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания;
- ✓ долговременная память не нарушена — в случаях, когда через час после предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (текстограмма), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10–15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примерный ряд понятий: веселый праздник; глухая старушка; сердитая учительница; девочке холодно; болезнь; разлука; развитие; побег; надежда; зависть.

Интерпретация памяти, так же как и расстройства внимания, чаще входит в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко она сопутствует невротическим нарушениям. При астеническом состоянии различного генеза типичными оказываются явления истощаемости и ослабления способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. При деменции — слабостью, являющейся следствием недоразвития или атрофии высших психических функций, в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания. Для шизофрении мнемические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

6. Намного сложнее поддаются *патопсихологической верификации (проверке) нарушения восприятия*. Это связано в значительной мере с субъективным характером переживаний, отклонений восприятия. Следовательно, патопсихологическое исследование в этой сфере направлено в первую очередь на выявление скрытых расстройств, перевод их в явные, которые можно характеризовать иными способами. В качестве таких методов предложены пробы Амафенбурга, Рейхарда, Липмана.

Пробы Амафенбурга и Липмана направлены на то, чтобы выявить галлюцинаторные или иллюзорные образы, наличие которых предполагается при анализе внушенного характера галлюцинаторных феноменов.

Исследование сенсорной возбудимости сходно с вышеперечисленными пробами. Это исследование включает в себя предложение испытуемому всмотреться в рисунки "движущийся квадрат", "волнистый фон", состоящие из расположенных в определенном порядке и ракурсе квадратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем испытуемому предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованных фигур. Оцениваются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, а также иллюзорный стереоскопический обман.

7. *Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления* часто становятся важной составляющей диагностического процесса. Многие расстройства мышления, в частности шизофренического спектра, более явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это имеет отношение к таким симптомам, как: "соскальзывание", "разорванность", разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основные методы исследования мышления — тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограммы.

Еще одна полезная методика — *методика классификации понятий*, которая включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть на-

званы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы.

Оцениваются:

число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы — животные, цветы, неодушевленные предметы);
принципы классификации.

Заключения отражают количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых, в т. ч.:

конкретное мышление определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например пальто со шкафом, "потому, что пальто висит в шкафу");

склонность к детализации определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например "одежда домашняя", "одежда на выход", "корнеплоды и не корнеплоды");

опора в мышлении на латентные признаки выявляется, когда в классификации делается упор на малоактуальные, скрытые признаки понятий (например в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба "склонны к плавному началу движения").

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявленных спецификаций для определенных групп психических заболеваний, расстройств мышления.

Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений между понятиями (аналогий) применяются с целью определения особенностей мышления лиц с различной психической патологией, а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных особенностей.

Методика исключения понятий используется для оценки способности разграничивать разнородные понятия. Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить 1 предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятиям. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

**Стимульный материал
к методике исключения понятий**

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
 Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
 Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.
 Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
 Скоро, быстро, постоянно, постепенно, торопливо.
 Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
 Лист, почка, кора, дерево, сук.
 Дом, сарай, изба, хижина, здание.
 Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
 Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
 Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
 Неудача, крах, провал, поражение, волнение.
 Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
 Минута, секунда, час, вечер, сутки.
Грабёж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
 Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Методика выделения существенных признаков позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предмета и явления, расположенных в скобках и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

**Стимульный материал
к методике выделения существенных признаков**

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
 Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
 Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
 Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
 Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
 Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления считается *ассоциативный эксперимент*. Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на стимульные слова.

Ассоциативный эксперимент

Хлеб _____
 Лампа _____
 Пение _____
 Колесо _____
 Красота _____
 Война _____
 Воздух _____
 Развитие _____
 Звонок _____
 Пещера _____
 Бесконечность _____

Луна _____
 Брат _____
 Лечение _____
 Топор _____
 Падение _____
 Обман _____
 Голова _____
 Сомнение _____
 Игра _____
 Цель _____
 Глубина _____
 Народ _____
 Трава _____
 Ссора _____
 Жестокость _____
 Бабочка _____
 Поиск _____
 Печать _____
 Совесть _____

Регистрируются: 1) латентный период; 2) качественные характеристики ответов. Выделяют общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстросигнальные, междометные, персервирующие — произвольно повторяющиеся циклические действия, движения, мысли, переживания, эхολалические и атактические ответы.

Методика Эббингауза сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления.

Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе.

Стал дед очень стар. Ноги у него не ..., глаза не уши не зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо___Сын и невестка перестали его за ... сажать и давали ему ... за печкой. Снесли ему раз обедать в ..., он хотел ее подвинуть, да уронил на ..., чашка и___Стали тут ... бранить старика за то, что он им все в ... портит и ... бьет.

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа пиктограмм, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается:

- ✓ техника исполнения рисунков (величина, завершенность; их обрамление, подчеркивание; наличие уточняющих линий; отличие и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям);
- ✓ расположение рисунков на листе;
- ✓ принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания;
- ✓ степень оригинальности или стандартности.

Заключения по тесту отражают особенности ассоциативной деятельности и выражаются следующими типичными словосочетаниями:

- ✓ преобладание стандартных образов;
- ✓ преобладание атрибутивных образов;
- ✓ преобладание конкретных образов;
- ✓ преобладание метафор;
- ✓ преобладание персонифицированных и индивидуально значимых образов;
- ✓ преобладание органической графики;
- ✓ грубая органическая графика;
- ✓ преобладание геометрических фигур, стереотипия человеческими фигурами.

Считается, что:

- ✓ при *психологической норме* в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные образы;
 - ✓ при *органических поражениях головного мозга* наблюдается чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображении и четкое нумерование, их низкая дифференцированность, незавершенность линий, подчеркивание, обрамление изображений;
 - ✓ при *шизофрении* доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счет человеческих фигур, буквальное изображение и геометрических фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.
8. *Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта.* Оценка уровня интеллектуальных нарушений включает в себя результаты как из области клинической психологии, так и психиатрии, хотя приоритет отдается клинической психологии.

Экспериментально-психологическое тестирование уточняет характер и степени развитости интеллекта. Наиболее часто для этих целей используется *тест прогрессивных матриц Равена*. Он состоит из 60 заданий, распределенных по пяти сериям. В каждой серии представлено изображение полотна с геометрическим рисунком или несколько матриц с одной недостающей частью. Испытуемому предлагается обнаружить закономерности в матрицах и подобрать из 6–8 предложенных ту

матрицу, которой недостает в полном изображении. От серии к серии задания усложняются.

Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию. По тесту Равена выделяют *пять степеней развития интеллекта*:

- ✓ I степень — более 57 правильных ответов (баллов), т. е. более 95% — особо высокоразвитый интеллект;
- ✓ II степень — от 45 до 57 баллов (75—94%) — интеллект выше среднего;
- ✓ III степень — от 15 до 45 баллов (25—74%) — интеллект средний;
- ✓ IV степень — от 3 до 15 баллов (5—24%) — интеллект ниже среднего;
- ✓ V степень — ниже 3 баллов (5%) — интеллектуальный дефект.

Считается, что уровень в 30 баллов является для взрослого человека условной границей между оценкой его интеллекта в рамках нормы и умственной отсталости.

9. Патопсихологическая оценка нарушений эмоций. Аффективные нарушения, как правило, позволяют оценить *опросники, шкалы самооценки*. Одно из наиболее значимых в оценке эволюционных нарушений — проективный тест цветовых выборов Люшера. С его помощью удастся определить уровень стресса (тревоги). Он представляет собой набор карточек разного цвета (обычно восьмицветный тест). Испытуемому предлагается расположить их по мере снижения симпатии к цвету — на первое место поставить "самый приятный" на момент обследования цвет, на последнее — "самый неприятный". Исследования повторяется дважды. За каждым цветом закреплены соответствующие параметры, характеризующие индивидуально-психологические особенности человека. Люшер выделил четыре основных цвета (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре дополнительных (фиолетовый, коричневый, черный, серый). При этом отметил, что:

- ✓ постановка цвета на первое место указывает на цветовые ассоциации с основным способом действия;
- ✓ на второе — с целью, к которой человек стремится;
- ✓ на третье и четвертое — с эмоциональной оценкой истинного положения вещей;
- ✓ на пятое и шестое ставятся невостребованные в данный момент выбора цвета;

- ✓ на последнее место ставятся цвета, связанные с подавленными потребностями, причем в аффективной сфере с цветами обстоит несколько иначе.

Патопсихологическая оценка нарушений сознания и воли, как правило, не является определяющей в диагностическом процессе.

Вопрос 13. Нейропсихология. Определение, проблемы, методологические основы

1. *Определение нейропсихологии, ее предмет*
2. *Мозг как орган психики*
3. *Мозговая локализация психических функций*
4. *Высшие психические реакции*
5. *Нарушения высших психических функций*

Как в прошлом, так и в настоящем мозг является еще до конца не изученным, и как орган психической деятельности стал средоточием научных интересов ряда дисциплин. Они исследуют такие вопросы, как организация первичных процессов, связанных с получением, переработкой и хранением информации, поступающей из внешнего мира; механизм программирования, регуляция и контроль наиболее сложных форм сознательной деятельности, направленной на достижение целей, осуществление намерений и реализацию планов. Радикально изменился и основной теоретический смысл науки о мозге.

Изучение законов работы мозга как органа психической деятельности — сложнейшая задача. Современная научная психология уже имеет картину строения человеческой деятельности и вплотную подошла к анализу функциональной структуры мозга, восприятия и памяти, мышления и речи, движения и действия и процессов их формирования в онтогенезе.

Большое число фактов накопилось в современной неврологической и нейрохирургической клинике, где было детально изучено то, как нарушаются сложнейшие формы поведения при локальных поражениях мозга.

Решение этих вопросов существенно приблизилось с формированием новой отрасли науки - *нейропсихологии*, которая впервые поставила целью научного исследования *изучение роли отдельных систем головного мозга в осуществлении психической деятельности.*

Возникновение нейропсихологии позволило использовать новые приемы с целью ранней и возможно более точной топической (т. е. схематизированной в отношении систем психики в виде различных инстанций) диагностики локальных поражений мозга и к научно обоснованному восстановлению его функций.

Одновременно она стала мощным импульсом к пересмотру основных представлений о внутреннем строении психологических процессов, важнейшим средством создания теории мозговых основ психической деятельности человека.

Изучение строения нервной системы — основного аппарата связи животного с внешним миром и регуляции его поведения — дает материал для анализа того, что является *субстратом психической деятельности* на отдельных этапах психического развития, как осуществлялась регуляция поведения на последовательных этапах эволюции и что отличает нервную систему животных, живущих в различных условиях внешней среды и характеризующихся различными формами поведения.

2. В нейропсихологии для изучения мозга *как органа психики* используются различные методы, в т. ч. *сравнительно-анатомический*. По мере эволюции высших позвоночных значение корковых аппаратов постоянно возрастает, и на этапе человека, когда к естественным условиям среды прибавляются условия общественно-исторические и когда возникает язык — уникальная для человека система кодов, эти аппараты достигают такого уровня развития, что оказываются в состоянии обеспечить формы поведения, по степени сложности не имеющие равных в животном мире.

Исследователи неоднократно пытались продемонстрировать прогрессивное развитие мозга на последовательных ступенях эволюции, принимая за показатель этого развития *изменение отношения массы мозга к весу тела*. Наиболее отчетливо это увеличение описывается *индексом Хауга*:

$$K = \frac{E}{P \times 0,56},$$

где:

E — масса мозга;

P — вес тела;

0,56 — эмпирически найденный индекс.

Кроме того, используется еще индекс Я.Я. Рогинского (обозначения те же):

$$K = \text{---}$$

Мозг человека имеет исключительно важное значение в работе всего его организма и в организации поведения. Постепенное возрастание роли больших полушарий и коры мозга на последовательных этапах филогенеза видно уже по данным, составленным в Московском институте мозга. В процессе эволюции удельный вес коры — по сравнению с нижележащими подкорковыми образованиями — непрерывно возрастает.

Естественно, что большие полушария головного мозга и его кора становятся у человека важнейшим аппаратом регуляции поведения. Область коры человеческого мозга развивается в процессе эволюции неравномерно. Детальный анализ показал, что развитие больших полушарий связано прежде всего с ростом новых областей коры. У человека они составляют основную часть коры. Ведущее место в коре мозга человека отводится аппаратам, связанным с приемом, переработкой (кодированием) и синтезом информации, получаемой от различных анализаторов, и аппаратам, принимающим участие в выработке и сохранении сложнейших программ поведения и контроля психической деятельности.

Важнейший принцип работы мозга заключается в том, что *прежние аппараты в нем изменяются, но сохраняются, по выражению Гегеля, в "снятом виде"*. Иначе говоря, сохраняются, уступая ведущее место новым образованиям и приобретая иную роль. Они все больше и больше становятся аппаратами, обеспечивающими фон поведения, принимающими активное участие в регуляции состояний организма, передавая как функции получения, переработки и хранения информации, так и функции создания новых программ поведения и регуляции и контроля сознательной деятельности высшим аппаратам коры головного мозга.

Разные по сложности формы поведения и рефлекторные процессы у человека могут осуществляться с помощью различных уровней нервной системы. *Низкие уровни нервного аппарата* участвуют в организации работы коры больших полушарий, регулируя и обеспечивая ее тонус. Аппараты стволового уровня

не работают в полной изоляции от коры головного мозга и сами испытывают ее регулирующее влияние.

Данные, полученные в современных анатомических и физиологических исследованиях, позволяют сформулировать *принцип вертикального строения функциональных систем мозга*, иначе говоря, принцип, согласно которому каждая функциональная система взаимодействует с другими формами поведения аппарата, связанных друг с другом как восходящими (летальными), так и нисходящими (фугальными) связями, превращающими мозг в саморегулирующую систему.

Данный принцип делает понятными те факты, которые ставили в тупик многих исследователей прошлого. Известно, что разобщение отдельных зон коры путем круговой изоляции может и не повлечь за собой существенных изменений в поведении животных, в то время как подрезка коры, изолирующая ее от нижележащих образований, неизбежно приводит к значительным нарушениям ее регулирующих функций. Это означает, что отдельные участки коры головного мозга соединяются между собой не только с помощью горизонтальных (транскорпинальных) связей, но и через нижележащие образования, иначе говоря, посредством системы вертикальных связей.

3. Если рассматривать *проблему мозговой локализации*, то необходимо вспомнить, что в самом начале XIX в. известный анатом Галль, впервые описавший различия между серым и белым веществом головного мозга, высказал мысль, что сложные "способности" человека интимно связаны с отдельными, строго ограниченными участками мозга, которые, разрастаясь, образуют соответствующие выпуклости на черепе, позволяющие определять индивидуальные различия в способностях человека.

Френологические карты Галля, представлявшие собой, по сути, ни на чем не основанную попытку спроецировать на мозг современную Ф. Галлю "психологию способностей", были очень быстро забыты. На смену им пришли попытки выделить *функциональные зоны мозговой коры* на основе наблюдений над изменениями человека в результате ограниченных поражений мозга.

Клинические наблюдения больных с локальными поражениями мозга начались давно; достаточно рано было установлено, что поражение двигательной зоны коры ведет к параличу про-

тивоположных конечностей¹, поражение заднецентральной области коры — к потере чувствительности на противоположной стороне тела, а поражение затылочной области мозга — к центральной слепоте.

Подлинное рождение учения о нарушении психических процессов можно отнести к 1861 г., когда П. Брук предложил свою "Френологию", которая имела клинически обоснованный характер. Впервые было показано коренное отличие функций левого и правого полушарий мозга, с выделением левого полушария (у правой) как ведущего, связанного со сложнейшими речевыми функциями.

Другой ученый, Вернике, предположил, что задняя треть первой височной извилины левого полушария является "центром сенсорных образов слова" или, как он тогда сформулировал, центром "понятия слова".

Открытие того факта, что сложнейшие формы психологической деятельности могут рассматриваться как функции органических участков мозга, иначе говоря, что они могут быть локализованы в органических областях мозговой коры, так же как и элементарные функции (движение, чувствительность), активизировало неврологическую науку, и невропатологи стали с энтузиазмом собирать факты, подтверждающие, что и другие сложные психические процессы являются функцией отдельных участков мозговой коры.

В результате такой *прямой "локализации" функций в ограниченных зонах мозговой коры* в течение очень короткого срока в коре головного мозга *были найдены*:

"центр понятий" — в нижнетеменной области левого полушария;
 "центр письма" - в задних отделах средней лобной извилины этого же полушария;

"центр счета", "центр чтения", "центры ориентировки в пространстве" и т. д.

Позднее были описаны механизмы связи между выявленными центрами, и к 80-м гг. позапрошлого века неврологи и психиатры стали составлять "*функциональные карты*" мозговой коры, которые,

¹ Имеется в виду, что при поражении двигательной зоны в правом полушарии мозга у человека парализуются конечности левой стороны.

как им казалось, окончательно разрешили вопрос о функциональном строении мозга как органа психической деятельности.

Дальнейшее накопление материала благодаря наблюдениям за последствиями очаговых (локальных) поражений различных участков мозга вследствие мозговых ранений или местных кровоизменений стимулировало эти попытки, и тенденция локализовать сложнейшие психические процессы в ограниченных участках мозга сохранялась в течение более полувека.

Данные "*узких локализационистов*", наблюдавших последствия ограниченных поражений мозговой коры (выпадение узнавания чисел, нарушение понимания слов или фраз, нарушение узнавания предметов, нарушение побуждений, изменения личности и т. д.), не дополненные тщательным психологическим анализом наблюдаемых симптомов, позволили им создать целый ряд новых гипотетических карт "локализации функций" в коре головного мозга.

Непосредственная локализация сложных психических функций в ограниченных участках мозга стала настолько привычной и стандартной, что даже в 1946 г. известный американский невролог Нильсон считал возможным описывать ограниченные участки коры, которые, по его мнению, были "центрами восприятия живых объектов", отличая их от других участков, где локализовалось восприятие "неживых объектов".

4. *Высшие формы психических процессов* имеют особенно сложное строение. Они складывались в процессе онтогенеза и представляли собой сначала развернутые формы предметной деятельности, которые постепенно "свертываются" и приобретают характер внутренних "умственных действий". Как правило, они опираются на ряд внешних вспомогательных средств (язык, разрядную систему счисления), сформировавшихся в процессе жизни человека в обществе, опосредствуются ими и без их участия не могут быть поняты (Л.С. Выготский). Они всегда связаны с отражением внешнего мира в активной деятельности и при отвлечении от этого факта теряют всякое содержание. Вот почему *высшие психические функции* (как сложные функциональные системы) *не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах*, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление слож-

ных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга.

Высшие формы сознательной деятельности человека всегда опираются на внешние средства (примером может служить узелок на платке, который мы завязываем, чтобы запомнить нужное содержание; сочетание букв, которые мы записываем для того, чтобы не забыть какую-нибудь мелочь; таблица умножения, которой мы пользуемся для выполнения счетных операций, и т. д.). Формирование высших видов психических процессов всегда осуществляется с опорой на ряд внешних вспомогательных орудий или средств.

Второй отличительной чертой высших психических процессов человека является тот факт, что их *локализация в мозговой коре не является устойчивой*, постоянной, она *меняется* как в процессе развития личности, так и на последовательных этапах.

Развитие высших психических функций в онтогенезе имеет еще одну особенность, имеющую решающее значение для функциональной организации их в коре головного мозга. Как показал в свое время Л.С. Выготский (1960), в процессе онтогенеза меняется не только структура высших психических процессов, но и их отношения друг к другу, иначе говоря, их "*межфункциональная организация*". Если на первых этапах развития сложная психическая деятельность имеет более элементарную основу и зависит от основной, базовой функции, то на дальнейших этапах развития она не только приобретает более сложную структуру, но и начинает осуществляться при участии более высоких по своему строению форм деятельности.

Если маленький ребенок мыслит, опираясь на наглядные образы восприятия и памяти, иначе говоря, мыслит, *припоминая*, то на более поздних этапах юношеского или зрелого возраста отвлеченное мышление с его операциями отвлечения и обобщения развивается настолько, что даже такие относительно простые процессы, как восприятие и память, превращаются в сложные формы познавательного анализа и синтеза, человек теперь уже воспринимает и припоминает *размышляя*.

5. *Нарушения высших психических функций*. Соотношение между основными психическими процессами не может оставаться неизменным в ходе их осуществления. Поэтому, если в раннем

возрасте поражение какой-нибудь зоны коры, обеспечивающей относительно элементарные основы психической деятельности (например зрительных отделов коры головного мозга), неизбежно вызывает в виде вторичного, "системного" эффекта развитие более высоких, надстроенных над ней образований, то у зрелого человека, у которого сложные системы не только уже сформировались, но и стали оказывать решающее влияние на организацию более простых форм деятельности, поражение "низших" зон не имеет такого значения, которое оно имело на ранних этапах развития. И наоборот, поражение "высших" зон приводит к распаду элементарных функций, приобретших сложное строение и интимно зависящих от более высокоорганизованных форм деятельности.

Л.С. Выготский сформулировал правило, согласно которому поражение определенной области мозга в раннем детстве системно влияет на более высокие зоны коры, надстраивающиеся над ними, в то время как поражение той же области в зрелом возрасте влияет на более низкие зоны коры, которые теперь от них зависят. Это правило стало одним из фундаментальных положений, внесенных в учение о *динамической локализации высших психических функций психологической наукой*. В качестве его иллюстрации укажем, что поражение вторичных отделов зрительной коры в раннем детстве может привести к системному недоразвитию высших процессов, связанных с нарушенным мышлением, в то время как поражение этих же зон в зрелом возрасте может вызвать лишь частные дефекты зрительного анализа и синтеза, оставив сохраненными уже сформировавшиеся ранее более сложные формы мышления.

Сказанное о системном строении высших психических процессов заставило коренным образом пересмотреть классические представления о локализации их в коре головного мозга. Теперь основными задачами стали: тщательный анализ совместно работающих зон мозга, обеспечивающих выполнение сложных форм психической деятельности; выяснение места каждой из этих зон в фундаментальной системе и то, как меняется соотношение этих совместно работающих отделов мозга при осуществлении психической деятельности на разных этапах развития.

Естественно, что такой подход в корне изменяет и практические формы работы психолога. Прежде чем ответить на вопро-

сы о том, каковы мозговые основы какого-либо психического процесса человека, необходимо тщательно изучить строение того психологического процесса, мозговую организацию которого требуется установить, и выделить в нем те звенья, которые в той или иной степени могут быть отнесены к определенным системам мозга. Только подобная работа по уточнению функциональной структуры изучаемого психологического процесса с выделением его составных компонентов и с дальнейшим анализом их "размещения" по системам головного мозга позволяет подойти к новому решению старого вопроса о локализации психических функций в коре головного мозга.

Вопрос 14. Психосоматическая проблема

1. *Исследования психосоматических заболеваний*
2. *Психологические аспекты проблемы телесности*
3. *Психология телесности, ее предмет*
4. *Понятие нейрогуморальной системы регуляции жизнедеятельности организма*

Психосоматические заболевания, строго говоря, принадлежат к пограничной области между психоанализом и медициной тела. Тем не менее они заслуживают упоминания, поскольку психоанализ сыграл главную роль в создании психосоматического подхода. На протяжении XVIII и в начале XIX вв. такие психологические факты, как цепь постоянных неудач, смерть любимого человека или разочарование в любви, вполне естественно признавались терапевтами как играющие важную роль в возникновении заболеваний. Но к концу XIX в. растущие знания в области патологии и появление новых методов в микроскопии привели немецкого патолога Вирхова и других исследователей к предположению, что все заболевания носят органический характер, но до тех пор, пока под микроскопом не могут быть обнаружены клеточные изменения, о существовании какой-либо болезни не может быть и речи.

Если *разум* — суть выражение целостной реакции, в отличие от частной реакции, тогда любому животному организму следует приписать психические, т. е. целостные типы реакции. Таким образом, психический или психологический фактор может рассматриваться для практических целей как относящийся к целостным реакциям индивида, а "*психосоматическое*" и "*пси-*

хологическое" заболевание — это такое, которое невозможно вполне понять, не принимая в расчет отношений пациента как уникальной персоны к своему окружению, к самому себе и к другим людям.

Хотя сам Фрейд непосредственно не внес большого вклада в изучение психосоматических заболеваний, но его теории сделали возможным серьезное рассмотрение психологически продуцируемой болезни, первоначально, как мы видели, в области невроза. Первым аналитиком, заинтересовавшимся психологическими аспектами органического заболевания, был Георг Гроддек, который выдвинул *интуитивную теорию*, основанную на своем опыте анализа случаев заболевания сердца, нефрита, рака и других серьезных органических заболеваний.

Строго говоря, все психологические заболевания имеют психосоматическую природу. Здесь это понятие употребляется в его наиболее определенном смысле для обозначения тех органических расстройств, в отношении которых есть основание считать, что в их развитии главную роль сыграл эмоциональный стресс. Тем не менее многие болезни не являются, как обычно думают, "постигшими" невинного человека, поскольку в действительности он порождает их сам — он является активным агентом их возникновения, и болезни выражают его личность точно так же, как невротические симптомы. Следовательно, мы не можем в полном объеме проанализировать болезнь, не учитывая того, к какому типу относится больной.

Так, доктор Ф. Данбар был убежден, что некоторым болезням подвержены преимущественно люди с определенным типом личности. Например, *желудочно-язвенный* тип может внешне казаться амбициозным, волевым и упорным, однако под этим скрываются черты зависимости и женоподобия.

Индивид с повышенным кровяным давлением может внешне проявлять дружелюбность и *сдержанность*. Но подобные проявления — маскирующая реакция.

Доктор Дж.Л. Холидей из Глазго, сочетая теорию Фрейда со своим опытом работы в здравоохранении, опубликовал в 1948 г. работу: "Психологическая медицина". В ней он отмечал, что за последние годы здоровье нации значительно улучшилось, однако если индексы больных и здоровых разделить на две группы, одна из которых относится к физическим, а другая — к психическим заболеваниям, можно обнаружить, что в то время, как первые показывают резкий спад, то вторые показатели имеют тенденцию к столь же резкому возрастанию.

Доктор Райх выдвинул теорию, согласно которой телесные напряжения часто представляют собой способ выражения привычных эмоциональных состояний. Он утверждал, что некоторые позы и выражения (например опущенный рот, подтянутый живот, гримасы, типичная манера стоять и т. д.) являются внешними признаками характерных свойств реагирования.

Психоаналитик не должен рассматривать болезнь и психическое состояние сосуществующими обособленно, ибо для него они оба являются аспектами одного и того же индивида. Однако ультраконсервативному врачу трудно понять, как нематериальный разум, парящий где-то в области черепа, может реально порождать в человеческой "машине" серьезные хронические болезни, которые во многих случаях происходили от нераспознанных ранее физических расстройств.

Фактом является и то, что понятие *психосоматического заболевания* или *невроза органов* первоначально возникло не потому, что психоаналитики стали интересоваться органическими болезнями, а потому (это осознал и сам Фрейд), что оно соответствовало его монистическому и биологическому мировоззрению.

2. Если касаться психологии телесности, достаточно вспомнить, что психология как наука развивается в русле различных направлений и школ. С течением времени и в психотерапии (психокоррекции) стали выделять подходы, тесно связанные с различными направлениями в психологии и школами психиатрии, такими как бихевиористское, когнитивное, психоаналитическое, трансперсональное, телесно-ориентированное и пр.

Так, в 20-е гг. прошлого века в психотерапии сложилось *телесно-ориентированное направление*. Этот подход стал использоваться в психологии, биологии, медицине, физике, философии для обобщения и систематизации представлений о телесной взаимосвязи и взаимозависимости психики и тела. Существовало три основных взгляда на отношения между телесным и душевным:

- ✓ каждое душевное заболевание или явление обусловлено физическими причинами (формула "механического материализма");
- ✓ каждое душевное заболевание или явление обусловлено исключительно причинами душевного свойства;
- ✓ с точки зрения религиозного мышления все телесные заболевания тоже имеют душевные причины (формула метафизиче-

ского идеализма, которая совпадает с представлениями, что "дух создал материю", а не наоборот).

Душевное и физическое — два процесса, происходящие параллельно и взаимно воздействующие друг на друга. Единого функционального представления о взаимоотношениях тела и души не существовало.

Последние десятилетия прошлого века ознаменовались наступлением нового этапа в исследованиях этого вопроса. Его отличительные черты:

- ✓ признание чрезвычайной сложности феноменов телесной реальности, которые должны изучаться только на стыке наук;
- ✓ процессы взаимодействия тела и психики, как правило, теперь не подвергаются сомнению, но за исключением ориентированных на тело психотерапевтов, серьезность, глубину и последствия этого взаимодействия мало кто мог оценить;
- ✓ в научной литературе все чаще стало встречаться понятие "телесность", быстро получившее распространение не только среди "телесно-ориентированных" психотерапевтов.

Выделение и изучение основных признаков телесности как феномена невозможны вне изучения биологических и физиологических механизмов жизнедеятельности тела (организма). В то же время жизнь тела немыслима вне психики, и потому исследование и определение закономерностей формирования телесности могут быть успешными только при совместных усилиях психологии и естественных наук. И, наконец, необходимым условием формирования телесности является социальная адаптация человека, выступающая предметом различных наук.

Поэтому изучение телесности возможно только на стыке многих наук и областей знаний о человеке: биологии, психологии, физиологии, анатомии, антропологии, социологии, языковедения, физики, химии, истории, медицины, философии, культурологии, религиоведения, богословия и др.

3. Областью таких междисциплинарных исследований могла бы стать **психология телесности** — наука о душевно-телесном соответствии (конгруэнтности). Предметом изучения психологии телесности являются конгруэнтные психологические, биологические и сложные аспекты телесности. *Психология телесности*

исследует механизмы формирования, общие закономерности существования и особенности этих аспектов *в связи*:

- ✓ с объективными условиями развития триединой (биологической, психологической и социальной) природы человека от его зарождения до момента смерти;
- ✓ получением базового знания о явлениях бытия (жизни и смерти);
- ✓ формированием системы смыслов жизнедеятельности;
- ✓ наиболее распространенными подходами к решению "вечных" вопросов жизни;
- ✓ наиболее типичными стратегиями жизнедеятельности.

Тело человека – организм в его внешних формах – это сложнейшая саморегулирующаяся и самообновляющаяся система с присущими ей принципами самосохранения и приспособляемости. Психология телесности изучает свойства биологического организма человека как одно из важнейших условий, формирующих телесность. Биологический организм обладает свойствами саморегулирования и автоматического управления своими системами сообразно цели, чему служат механизмы самонастройки (адаптации), включающиеся в ситуации изменения внешних или внутренних условий (параметров) организма. Целью самонастройки всегда является достижение оптимального для данного уникального организма состояния.

4. Для понимания *феноменологии телесности* важно помнить, что организм находится под постоянным влиянием раздражителей – факторов внешней и внутренней среды. Сильные внешние или внутренние раздражители и соответственно изменения, наступившие в результате взаимодействия раздражителей с данным организмом, являются для него новой информацией, которая перерабатывается нейрогуморальной системой регуляции жизнедеятельности организма. Нервные и эндокринные механизмы реагирования неразрывно связаны между собой, поэтому нейрогуморальная система считается единой. *В нее входят*:

- ✓ центральная нервная система;
- ✓ нервы и жидкости внутренней среды;
- ✓ сенсорные рецепторы (органы чувств, система афферентации в целом);
- ✓ клетки (исполнительный орган);
- ✓ клеточные рецепторы (эффекторы).

Всю информацию человек получает с помощью *сенсорных систем* — чувствительных образований, воспринимающих и преобразующих действия (энергию) раздражителей в следующей последовательности: 1) рецепция → 2) кодирование → 3) перекодирование → 4) декодирование. Причем два крайних этапа осуществляет *периферическая нервная система*, а два средних — *центральная*. Органами чувств, или сенсорными органами являются только периферические рецепторы анализаторов ощущений (обоняние, вкус, осязание, зрение, слух) и три основных типа ощущений (*интероцептивные, проприоцептивные, экстероцептивные*).

Сенсорные процессы — основной источник познания. Они теснейшим образом связаны с восприятием, интегрирующим отдельные качества и свойства предметов и явлений в целостные образы.

Остановимся подробнее на *интероцептивных ощущениях* — ощущениях от раздражений, поступающих от органов и тканей. Они создают определенную часть параметров образа восприятия. Эти ощущения обеспечиваются действием соматовисцеральной системы, включающей рецепторы трех типов по месту их расположения — *висцеральными рецепторами* (интерорецепторы). Общим свойством *соматовисцеральных рецепторов* (рецепторов осязания) является то, что они не образуют сенсорные органы, а распространены по всему телу. Рецепторы этой системы чувствительны к механическим, температурным, химическим и болевым воздействиям и входят в многочисленные нервы тела и центральные тракты.

Психосоматические феномены проявляются на *уровне стресс-реакций*. Изменения, наступающие вследствие стресса, вызывают в жизни ряд физиологических, психических и психологических явлений, которые переживаются как интенсивные телесные импульсы (соматовисцеральные ощущения). Одну и ту же информацию психика опосредованно познает через тело (вегетативная память — "субстрат" эмоционально-аффективного знания), а тело опосредованно познает через психику (узнавание стимула-эталона есть припоминание его значения). Такой сложный характер взаимовлияния и взаимопроникновения психики и тела соединяет энергии тела и психики в единую биопсихическую энергию человека.

Интероцептивные ощущения создают в основном *аффективный* компонент ощущений, экстероцептивные — *когнитивный* компонент.

Вопрос 15. Психологическое консультирование. Коррекция психотерапии

1. *Понятие психологической помощи*
2. *Виды психологической помощи*
3. *Отличия видов психологической помощи*
4. *Виды психологической помощи и способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия*
5. *Психологическое консультирование*

- 1 Одна из наиболее значимых проблем клинической психологии — оказание психологической помощи клиентам с разнообразными житейскими проблемами, наблюдающимися в кризисных ситуациях, а также пациентам с соматическими и психическими заболеваниями, имеющими невротические, психосоматические расстройства, характерологические девиации и личностные аномалии.

Под *психологической помощью* понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на человека с целью гармонизации его психической жизни, купирования психопатологической симптоматики, формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозустойчивости. Психологическая помощь является практической реализацией терапевтических поисков клинического психолога на основе научного анализа психического статуса и индивидуально-психологических особенностей человека, типов его реагирования на различные фрустрирующие события, в первую очередь болезни и конфликтные ситуации.

2. Традиционно выделяют *три вида психологической помощи*: *психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию*. Они представляют собой воздействие на различные стороны личности, имеют различные цели и способы и могут применяться как раздельно, так и в сочетании.

Основная цель психологического консультирования — формирование личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Психологическое консультирование предполагает проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики, интервьюирования, экспериментов и пр. Пациенту предоставляются объективные данные и научные интерпретации результатов психологического анализа, что способствует разрешению стоящих перед человеком общежитейских проблем, формированию новых представлений о путях решения психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту.

Таким образом, *консультирование охватывает:* диагностический процесс и способствует определению психической деятельности пациента и его индивидуально-психологических особенностей, благоприятных и потенциально патогенных в сложных жизненных ситуациях; процесс обучения пациента навыкам психологической защиты, аутотренинга и иным способам нормализации собственного эмоционального состояния.

Задача психологической коррекции — выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья и психики деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на клиента или пациента с целью приведения его психического состояния к норме в случае диагностики у него каких-либо характерологических девиаций, или личностных девиаций, или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психокоррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением.

Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит купирование *психопатологической симптоматики*,

посредством чего осуществляется внутренняя и внешняя гармонизация личности человека. Психотерапия является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Помимо купирования болезненных клинических проявлений, психотерапия предполагает также и коррекцию индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия.

При *широком* толковании термина "*психотерапия*" под данным видом психологического воздействия подразумевают *все виды направленного психологического воздействия на индивида* (консультирование, коррекцию и терапию).

Оказание эффективной психологической помощи немислимо без объединения перечисленных выше видов психологического воздействия, поскольку адекватный стиль взаимодействия человека с окружающим миром невозможен как без сформированной личностной позиции, проявляющейся в теоретическом осмыслении реальности и выборе наиболее подходящей мировоззренческой платформы с иерархией ценностей, так и без конкретных психологических навыков преодоления жизненных сложностей, а также "саногенных умений"¹.

Отличия различных видов психологической помощи по таким *параметрам*, как цель, объект, предмет, способ воздействия и позиция пациента (клиента), представлены в таблице.

	Психологическое консультирование	Психокоррекция	Психотерапия
Объект воздействия	Клиент. пациент	Клиент, пациент	Пациент
Предмет	Индивидуально-психологические особенности	Проблемы характерологической девиации и личностных аномалий	Психопатологические симптомы и синдромы, характерологические девиации и личностные аномалии
Способ	Информирование. обучение	Тренинг	Активное воздействие (терапия) различными способами
Позиция клиента	Активная; ответственный за результат	Пассивная; не ответственный за результат	Пассивная; не ответственный за результат
Цель воздействия	Формирование личностной позиции	Формирование навыков психологической компенсации	Купирование психопатологической соматики

Саногенные умения — умения оказывать помощь в излечении.

4. Виды психологической помощи и способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия. Клинический психолог должен быть осведомлен о различных видах психологической помощи и воздействия на клиента или пациента. При этом в его компетенцию входит не только разработка плана обследования, вынесение экспертного заключения, но и выбор наиболее адекватных и эффективных способов оказания психологической помощи. От его диагностического заключения зависит построение стратегии и тактики "ведения пациента", направление его по одному из путей (медицинскому или психологическому) и согласование оказания помощи со специалистами в других областях.

Таким образом, профессиональной компетенцией психолога в сфере оказания психологической помощи является психологическая патология, исключающая психогенные расстройства и психологические проблемы как соматически здорового, так и больного человека. При этом клинический психолог вправе применять все виды психологической помощи (консультирование, коррекцию и психотерапию). Он может оказывать психологическое воздействие, манипулировать в процессе обучения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества:

- ✓ под воздействием в процессе оказания психологической помощи понимается изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменений психической реальности;
- ✓ манипулированием обозначается изменение психической реакции человека в соответствии с целями кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека;
- ✓ управлением называется изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции (например при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра);
- ✓ формирование — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам

человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальных или волевых.

Различные способы психологической помощи включают вышеперечисленные способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному.

Так, *консультирование* в большей степени ориентируется на психологическое воздействие в узком понимании этого термина, т. к. учитывает цели клиента (пациента), его индивидуально-психологические особенности и личностные ценности. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида и расширение представлений о себе, ситуациях, вариантах преодоления жизненных сложностей и внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменять параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

В рамках *психотерапии* используется каждый из перечисленных выше способов оказания психологической помощи в зависимости от структуры психической проблемы индивида, его индивидуально-психологических особенностей и теоретических воззрений психотерапевта.

Считается, что психотерапия относится к сфере деятельности медицинского работника (психиатра по профессии) в силу того, что, с одной стороны, он ориентируется на симптомы и синдромы (т. е. болезненные проявления психической деятельности); а с другой — в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий при оказании психологической помощи. Перечисленных особенностей в различной степени лишены иные виды психологического воздействия — психологические консультирование и коррекция, которые либо полно-

стью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья.

Если сравнить психотерапию с консультированием или коррекцией, то обнаружится ряд моментов, относящихся как к ее показаниям, так и противопоказаниям. То есть психотерапевт склонен учитывать целую гамму особенностей при назначении психотерапии — от индивидуально-психологических особенностей пациента до его соматического статуса. Противопоказаний для консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояние здоровья человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи.

Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий целесообразен медицинский или *психотерапевтический контроль*.

5. ***Психологическое консультирование*** в процессе оказания психологической помощи подразумевает совместное обсуждение врача, клинического психолога, с одной стороны, и пациента или клиента — с другой, возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование индивида о его индивидуально-психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к психологическим проблемам, фрустрациям и стрессам и нацелено на обучение пациента способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в критических жизненных ситуациях.

Диагностический процесс в структуре психологического консультирования включает клиническое интервьюирование и использование батареи экспериментально-психологических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности.

Существенным в консультировании в практическом отношении является процесс *информирования человека* об объективных параметрах его психической деятельности и свойствах индивидуальности, а также обучение способам технической саморегуляции. Информирование клиента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное преподнесение фактов, но и учет возможных реакций человека на информацию о себе. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью использования оценочных категорий, фокусировкой и используемой терминологией.

Учитывая тот факт, что клинический психолог или врач получает в процессе обследования клиента (пациента) достаточно большое количество объективных данных, возможна различная фокусировка при информировании. *Можно фиксировать внимание:*

- ✓ на явных отклонениях функционирования организма и психики;
- ✓ всех имеющихся отклонениях;
- ✓ отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить;
- ✓ всем спектре проявлений — нормальных и аномальных;
- ✓ нормативных признаках и проявлениях.

Известно *три подхода при фокусировке внимания и информировании человека*: оптимистический, пессимистический и нейтральный, т. е. одна и та же информация может быть воспринята как положительная, отрицательная и индифферентная.

☞ Классическим примером может служить информирование о количестве жидкости в стакане воды: 1) стакан наполовину полон; 2) наполовину пуст или 3) жидкость в стакане занимает половину объема.

Возможен *выбор различных объектов фокусировки внимания* человека в процессе оказания психологической помощи. Это могут быть отдельные функции или деятельность всего организма и личности ("у Вас качественно нарушен процесс мотивационного опосредования деятельности и изменена иерархия ценностей" или "у Вас отмечаются существенные отклонения в поведении вследствие акцентуации характера и нарушения волевой регуляции деятельности").

В процессе информирования возможны различные подходы не только к фокусировке, но и к *описанию и оценке выявляемых в*

процессе интервьюирования или диагностики клинических феноменов. Используется оценочный или описательный подход:

- ✓ в первом случае информирование включает оценочные категории (адекватный — неадекватный, нормальный — патологический, здоровый — больной, дефектный и т. д.);
- ✓ во втором — психолог или врач при информировании старается избегать оценочных категорий и ориентируется лишь на описание клинических феноменов, предоставляя в случае необходимости многовариантность истолкования полученных фактов.

Существенной в процессе информирования является также используемая клиницистом (психологом или врачом) терминология. Он может применять специфическую, научную терминологию и даже жаргон ("разноплановость мышления", "использование каузальной атрибуции" и пр.), непонятные обследуемому, или, учитывая языковые и иные параметры клиента, делать заключение на доступном ему языке.

Вопрос 16. Типология нарушения психических процессов, свойств и состояний при разных видах патологии человека

1. Психические реакции заболевшего человека и их факторы
2. Типы психологического реагирования на заболевание
3. Онкологическая патология
4. Акушерская и гинекологическая патология
5. Соматическая и хирургическая патологии

1. В центре внимания психолога, работающего в клинике, находятся психические реакции человека, заболевшего тем или иным расстройством. Значимыми становятся анализ как их клинических особенностей и разнообразия, так и оценка факторов, способствующих возникновению у конкретного пациента определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

В психиатрии принято считать, что заболевание психотического уровня качественно тяжелее, социально опаснее (для самого пациента и для окружающих), чем непсихотическое. Подходить к оценке параметра адекватности психологического реа-

гирования на заболевание необходимо также с позиции феноменологической, а не ортодоксальной.

В этом контексте более значимой оказывается *субъективно оцениваемая пациентом тяжесть болезни*. В свою очередь, на выработку субъективного отношения к той или иной болезни оказывает влияние несколько факторов.

Для пациента внутренняя картина болезни складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также реагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний и выбора действий и поведения в новых для человека условиях.

Объективная картина серьезности болезни — информация о летальности после подобного расстройства здоровья, вероятности стать инвалидом и перехода болезни в хроническую стадию — является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни.

Такие параметры, как пол, возраст, профессия, особенности темперамента, особенности характера и особенности личности, также, несомненно, имеют огромное значение.

2. Психологами выделяется 13 типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым на основе оценки влияния трехфакторов:

- ✓ природы самого соматического заболевания;
- ✓ типа личности, в котором важнейшую составляющую часть занимает тип акцентуации характера;
- ✓ отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевание, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния Пациентов, у которых возникли болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования, на ее появление, течение, успешность лечения и исход.

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента (реального или потенциального) сферы жизнедеятельности. Можно выде-

лить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психическое отношение к ней:

- ✓ вероятность летального исхода;
- ✓ вероятность инвалидизации и хронификации;
- ✓ болевая характеристика болезни;
- ✓ необходимость радикального или паллиативного лечения;
- ✓ влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения;
- ✓ социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме;
- ✓ влияние болезни на семейную и сексуальную сферы;
- ✓ влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

3. При онкологии из социально-психологических факторов, влияющих на выраженность психических переживаний и патогенез психических нарушений, важным является "синдром изоляции", а также психологический преморбид¹.

Онкологические заболевания и психологическое состояние пациентов имеют двустороннюю связь:

- ✓ с одной стороны, онкологическая патология провоцирует появление разнообразных психических переживаний (от донозологических до выраженных клинических психопатологических);
- ✓ с другой — в появлении онкологических заболеваний, а также вероятности излечения от них существенную роль играют психологический преморбид и типы психического реагирования на заболевание.

4. В сфере акушерских и гинекологических состояний и патологий психические факторы имеют особое значение при беременности, бесплодии, предменструальном синдроме и климактерии. Важной психосоматической проблемой является проблема гестозов беременности. Частота депрессивных феноменов различной степени тяжести колеблется от 10% до 14%, имея тенденцию к утяжелению по мере течения беременности.

При бесплодии также происходят нарушения "чувства собственной ценности", "телесной полноценности". Чувство личной дефектности, потери сексуальной привлекательности и "социальной незаконченности" часто сопровождает этот диагноз.

¹ Психологический преморбид — психологическое состояние предболезни.

Одним из наиболее известных гинекологической практике является предменструальный синдром:

- ✓ к его *легкой степени* (форме) относятся астенические и астено-депрессивные симптомокомплексы при наличии сильной критичности пациентов к проявлению болезни;
- ✓ при *тяжелой форме* наблюдается некоторое снижение критичности к болезни и своему поведению (в рамках непсихотического уровня психических расстройств), большая спаянность симптомов заболевания с личностью больных, относительная частота истерических и ипохондрических жалоб.

Климактерический период в жизни женщины — это и адаптационные процессы как на уровне сомы, так и психики. Понятие патологического климактерия, в свою очередь, включает в себя различные патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье.

Климактерический синдром представлен четырьмя клиническими вариантами: астеническим, сенсорно-ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим.

5. Заболевания, относимые к *терапевтической группе*, объединяют большой круг *соматической патологии*. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как *новообразование, возникающее в период кризиса развития*, например:
 - ✓ при *сердечно-сосудистой* патологии имеется целый ряд факторов, оказывающих тяжелое истощающее воздействие;
 - ✓ в *эндокринных* патологиях (например сахарный диабет), где роль психического параметра (стресса) является доказанной.

Среди неврологических заболеваний особое место занимает остеохондроз позвоночника. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным ею высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса и прямой "одеревенелой спиной".

В *хирургической патологии* велика значимость психологического *операционного стресса* (предоперационного и постоперационного), основным проявлением которого выступают эмоциональные феномены, чаще других — тревога. Хирургической практике также известен психопатологический *синдром Мюнхгаузена* (непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни).

Вопрос 17. Нарушение восприятия, произвольных движений и действий, речи и памяти

1. Понятие восприятия
2. Нарушение восприятия
3. Нарушение речи и памяти
4. Нарушение произвольных движений и действий

1. При **восприятии** основным является процесс осмысленного синтеза образа предмета или явления при активном их отражении. Вследствие этого значимым становится выделение *основных свойств образа*, складывающихся в процессе и результате восприятия. Их насчитывается четыре:

- ✓ предметность;
- ✓ целостность;
- ✓ константность;
- ✓ категориальность.

Восприятие, так же как и ощущения, распределяется по органам чувств: зрительным, слуховым, осязательным, обонятельным. К расстройствам восприятия относят только те, которые не сопровождаются патологическими бредовыми идеями и по отношению к которым пациенты полностью или частично критичны. В клинической психологии особо выделяется восприятие человеком *времени*, которое может существенно изменяться под влиянием различных патологических состояний и болезней, а также входить в структуры особенностей характера в виде такого качества, как структурирование времени. Не менее значимым является восприятие *собственного тела и его частей*.

2. Из специфических и патологических изменений восприятия выделяют: *эйдетиум, иллюзии, галлюцинации, дереализационные и деперсонализационные* нарушения восприятия, *агнории*.

К особому виду *зрительных иллюзий* относят дереализационные расстройства, при которых существенно изменяется восприятие объектов. К ним относятся:

- ✓ микропсия — расстройство восприятия в виде уменьшения окружающих предметов;
- ✓ макропсия — расстройство восприятия в виде увеличения размера окружающих предметов;

- ✓ **дисметалгпсия** — расстройство восприятия окружающих предметов в виде их удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси;
- ✓ **порропсия** — расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от больного при неизменных размерах самого объекта.

К особым видам нарушений восприятия относят:

- ✓ **сенестопатию** — разнообразные неприятные, трудно поддающиеся описанию больным ощущения в различных частях тела, воспринимаемые как мигрирующие образы;
- ✓ **соматогнозию** — расстройство узнавания частей собственного тела; встречается, как правило, при неврологических заболеваниях.

В круг расстройств, при которых нарушается опознание знакомых людей, включаются *симптом Фреголи* и *синдром Кангра*, которые можно считать смешанными по генезу, поскольку наряду с изменениями восприятия важными при их формировании являются мыслительные нарушения.

В геронтологической клинике нередко нарушения узнавания собственного изображения в зеркале ("*симптом зеркала*").

Из расстройств, затрагивающих *восприятие собственного тела или его частей*, выделяется группа деперсонализационных расстройств. *Деперсонализация* — *искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела*.

Нередким в клинике неврологических и психических заболеваний является *нарушение восприятия времени* ("*остановка времени*") — *мгновенное ощущение того, будто время "остановилось"*. Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления *дереализации*: цвета в восприятии больного становятся тусклыми, а объемные, трехмерные предметы — плоскими. Больной при этом воспринимает себя, будто утерявшим связи с внешним миром, окружающими людьми. Как правило, расстройства восприятия времени встречаются при поражении правого полушария головного мозга различного генеза.

3. Вопрос об участии "речевых зон" коры в построении зрительного восприятия и возникновении нарушений перцепторных процессов при поражениях височной и височно-затылочной областей, приводящих к афазиям, т. е. полной или частичной утрате способности речи, изучен еще недостаточно. Гельб и

Гольдштейн показали, что *нарушения речи* могут приводить к распаду категориального восприятия чувств, вследствие чего цвета перестают относиться к определенным категориальным системам. О. Петцль в своем исследовании "Учение об афазии в свете клинической психиатрии. Оптико-гностические расстройства" дает анализ связи патологии оптического восприятия с речевыми расстройствами и приводит большое число фактов, указывающих на нарушение работы "широкой зрительной сферы коры" при нарушении организующего влияния речи.

4. Что касается *произвольного движения* и *активного действия*, то представление о них как о *рефлексе* не позволяло выявить их специфику как важнейших форм человеческой деятельности. Этот подход был оправдан лишь в отношении *программ поведения*, запускавшихся в действие простейшими сигналами, действующими по типу "врожденных реагирующих механизмов".

Согласно выводам Выготского, *источник произвольного движения* и *активного действия* лежит не внутри организма и не в непосредственном влиянии прошлого опыта, а в социальной истории индивида в тех формах общественной трудовой деятельности, которые были исходными для человеческой истории, и в тех формах общения ребенка со взрослым, которые лежали у истоков произвольного движения и осмысленного действия в онтогенезе. В ходе выполнения произвольного движения или активного действия, при сохранении направляющей двигательной задачи, решающее звено перемещается от эфферентных, т. е. идущих к мышцам, железам организма к афферентным импульсам, идущим от органов чувств в центральную нервную систему.

Вопрос 18. Патология мышления, эмоционально-волевой сферы, сознания и самосознания

1. Патология мышления
2. Расстройства эмоциональной сферы
3. Патология волевой сферы
4. Нарушения сознания и самосознания(II)

1. Б.В. Зейгарник разделяет все нарушения мышления на четыре группы:

- ✓ нарушение операционной стороны мышления;
- ✓ личностного компонента мышления;
- ✓ динамики мыслительных процессов;
- ✓ процесса саморегуляции познавательной деятельности.

К нарушениям операционной стороны мышления относятся снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения. При снижении уровня обобщений оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. Клинически это проявляется в склонности к конкретизации мышления — расстройство мышления, при котором утрачивается способность к абстрагированию. Клинически искажение процесса обобщения проявляется в резонерстве.

Нарушение личностного компонента мышления проявляется как разноплановость мышления, снижение критичности и саморегуляции. Происходит утрата целенаправленного мыслительного процесса.

К нарушениям динамики мыслительной деятельности относят лабильность и инертность мышления.

Нарушения мышления могут проявляться в разнообразных формах. Традиционно для группировки расстройств мышления используют перечисленные выше параметры.

К расстройствам мышления по темпу относят:

- ✓ ускорение мышления - увеличение количества ассоциаций в единицу времени. "Сказка идей" - максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется как логорея — недержание слов);
- ✓ замедление мышления — уменьшение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется брадифазией);

- ✓ **ментизм** — "наплыв мыслей", "вихрь идей", увеличение количества ассоциаций в единицу времени, не сопровождающееся изменением речи больного; возникает приступообразно и непроизвольно (разновидность ассоциативного автоматизма);
- ✓ **шперрунг** — "закупорка мыслей", "обрыв мыслей", внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса.

К расстройствам мышления *по логичности (стройности)* относят: разорванность, соскальзывание, бессвязность, инкогеренцию и вирбегерацию.

Нарушения *целенаправленности* мыслительного процесса встречаются при таких симптомах, как: разноплановость, обстоятельность, резонерство, персервации.

Расстройства мышления *по продуктивности* имеют наиболее яркие и частые признаки психических заболеваний. К ним относят навязчивые, сверхценные (доминирующие) и бредовые идеи.

2. В клинической психологии значительными для оценки пациентов оказываются как эмоции и чувства, так и аффекты и страсти.

Страстью обозначают *своеобразный сплав эмоций, мотивов и чувств, сконцентрированных на определенном виде деятельности.*

Аффектами называются *особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными изменениями в поведении.* Аффекты являются потенциально опасными эмоциональными феноменами, поскольку могут приводить к дезорганизирующему поведению и немотивированным поступкам.

Различают физиологический и патологический аффекты:

- ✓ при *физиологическом* нарушении сознание отсутствует;
- ✓ при *патологическом* — присутствует, что предопределяет появление или не появление автоматизмов в двигательно-волевой сфере и амнезии вслед за прекращением аффекта. Патологический аффект возникает, как правило, после острой психологической травмы. Он характеризуется сужением сознания по типу "сумеречного" расстройства, нарушением ориентировки, чрезмерной жестикуляцией, речевой расторможенностью и психомоторным возбуждением.

В клинической психологии большое значение придается *стрессу*, формирующемуся психологическим путем после психиче-

ского воздействия вслед за психотравмой *Психическая травма* — это значимое для человека событие, вызывающее негативные эмоции вследствие того, что данное событие не способствует удовлетворению какой-либо потребности и часто оказывается **неспрогнозируемым**.

Количество эмоциональных феноменов значительно превышает количество проявлений иных познавательных процессов. Это депрессия, мания, эйфория, дисфория, апатия, слабодушие, страх, тревога, тоска, беспокойство, чувство потери чувств, амбивалентность.

Немаловажным для клинической практики считается *симптом алекситимии* — *затруднение и неспособность точно описать собственные эмоциональные переживания*.

Под *ангедонией* понимается *утрата чувства радости, удовольствия*.

Из эмоциональных переживаний, которые возникают вследствие нарушения экспектационного и антипационного механизмов, выделяются обида, разочарование, аффект недоумения, удивление и др. Наиболее частым симптомом нарушения аффективной сферы в соматической и психиатрической практике является *страх*. Для оценки степени патологичности страхов используют параметры адекватности (обоснованности), интенсивности, длительности, степени контролируемости человеком чувства страха.

Тяжело для человека переживаются так называемые "*социофобии*" — *разнообразные навязчивые страхи, объединенные опасением осуждения человека со стороны окружающих (социума) за какие-либо действия*: страх покраснеть при людях (эрептофобия), страх не сдержать газы, страх рассмеяться в неподходящее время и в неподходящем месте.

К *нозофобиям* относятся *навязчивые страхи заболеть каким-либо опасным для жизни заболеванием*: канцерофобия (раком), СПИДОфобия (СПИДом), сифилофобия (сифилисом), лиссофобия (страх сойти с ума).

Уникальную группу составляют так называемые "*контрольные навязчивости*", сочетающие эмоциональные переживания и нарушения мотивации.

3. К нарушениям волевой сферы относится большое количество симптомов и отклонений. Для клинической психологии значи-

тельным является факт тесной связи мотивации и активности с двигательными процессами. В связи с этим нередко волевая сфера обозначается как *двигательно-волевая*.

Одним из наиболее важных является *нарушение структуры иерархии мотивов*, часто встречающихся в условиях психической болезни. Суть такого нарушения заключается в отклонении формирования иерархии мотивов от естественных и возрастных способностей и потребностей.

Другим нарушением считается *формирование патологических потребностей и мотивов* (Б.В. Зейгарник). В клинике данное нарушение проявляется симптомами, относящимися к *парабулиям*: анорексия, булимия, дромомания, теромания, клеткома-ния, суицидальное поведение, диксомания.

Особой разновидностью патологических признаков со стороны волевой сферы является *симптом аутизма*. Он проявляется утратой большим потребности общаться с окружающими с формированием патологической замкнутости, отгороженности и нелюдимости.

Среди психопатологических симптомов выделяют симптом автоматизмов. *Автоматизмы* характеризуются *самопроизвольным и неконтролируемым осуществлением ряда функций вне видимой связи с побудительными функциями извне*. Выделяют амбулаторный, сомнамбулический, ассоциативный, сенестопатический, кинестетический разновидности автоматизма.

4. Сознание выходит за рамки отдельного познавательного процесса. *Расстройство сознания* разделяют на две группы:

- ✓ состояния *выключенного* сознания: обнубиляция, сопор и кома, различающиеся лишь выраженностью нарушения сознания (при коме сознание утрачивается полностью);
- ✓ *расстроенного* сознания — делирий, амнезия, онейроид и "сумеречное" расстройство сознания, при которых наряду с нарушением собственно сознания и самосознания отмечается расстройство и других познавательных процессов.

Вопрос 19. Взаимодействие тела и психики

Мозг и психика

Расстройства личности. Психопатология

Воля и мотивация

4, Психодиагностика и воздействие

1. На различных этапах эволюции отношения организма животного со средой и его поведение регулировались различными аппаратами нервной системы. Следовательно, *мозг человека* является продуктом этого длительного исторического развития.

На самых элементарных уровнях развития животного мира (например у гидроидных полипов) прием сигналов и организация движений осуществляются диффузной, или сетевидной нервной системой. На этом этапе эволюции единый центр, перерабатывающий информацию и регулирующий поведение животного, отсутствует, и поток возбуждения определяется теми временными доминирующими началами, которые создаются в том или ином участке нервного аппарата животного.

У человека мозг играет более значительную роль в системе функционирования тела, следовательно, и в организации его поведения. В процессе эволюции удельный вес коры — по сравнению с нижележащими подкорковыми образованиями — непрерывно возрастает. Большие полушария головного мозга и кора становятся у человека важнейшим аппаратом регуляции поведения.

2. *Расстройствами личности* в клинической психологии обозначают ряд клинически значимых состояний и отклоняющихся поведенческих типов, которые проявляются в дезадаптации, тотальности и стабильности патологических черт. Личностные расстройства правильнее называть "*характерологическими*" вследствие преобладания именно патологии характера. Однако по традиции и с целью отграничения их (расстройства) от нарушений психологического развития в мировой литературе они обозначаются как *расстройства зрелой личности*.

Преобладающие нарушения при расстройствах личности отмечаются в эмоционально-волевой и мыслительной сферах. Остальные познавательные процессы остаются в значительной мере интактными. Вследствие этого можно говорить об отсут-

ствии в структуре расстройств личности существенных нарушений ощущений, восприятия, внимания, памяти и сознания.

3. Среди нарушений деятельности у пациентов с расстройствами личности Б.С. Братусь выделяет известный механизм "*сдвига мотива на цель*", под которым понимается "превращение средств в цели" с приобретением ими самостоятельных мотивов. В рамках некоторых разновидностей личностных расстройств данный механизм становится доминирующим и аномальные мотивы превращаются в цель.

Аномалии развития личности проявляются прежде всего в *нарушениях побуждений к той или иной деятельности*. Это положение исходит из постулата, что деятельность должна быть целесообразной, целебусловленной и целенаправленной. У психопатических личностей (психопатия — устаревшее название расстройств личности) могут нарушаться все вышеперечисленные процессы.

По мнению Б. В. Зейгарника, важной характеристикой личностных расстройств является недифференцированность реальных и идеальных целей, неумение оценить возникающую ситуацию, увидеть ее не только в актуальной сиюминутности, но и в развернутой временной перспективе, и найти возможность поставить посильные реальные цели, успешное выполнение которых приблизит человека к идеальной цели.

Для больных с *невротическими расстройствами* характерны нарушения в структуре их самооценки и нарушение личностно-смыслового уровня.

Для людей с *личностными расстройствами* типично также прямое следование случайно возникшей ситуации под непосредственным влиянием внешних условий без учета соответствующего вероятностного прогноза.

4. Клинический психолог вправе определить *диагностический и терапевтический путь обследования и психологическое воздействие*. Он может манипулировать в процессе общения, как уже упоминалось ранее, управлять собеседником или формировать у него определенные качества (Г.С. Абрамова). Под *воздействием* в процессе оказания психологической помощи понимается *изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств*. Воздействие

предполагает ценность другого человека как меру изменений психической реальности.

Манипулированием обозначается *изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо*. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека.

Управлением называется *изменение психической реальности в соответствии с ее свойствами*. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, например при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра.

Формирование — это *изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме*. В этом случае предполагается, что сам человек не в состоянии достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальных или волевых.

Различные виды психологической помощи включают перечисленные способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному. При проведении некоторых приемов воздействия целесообразен медицинский или психиатрический контроль.

Список литературы

1. Бауман У., Пере М. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002.
2. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика: монография. М.: Магистр-Пресс, 2002.
3. Гуревич П.С. Клиническая психология: Учебник для вузов. М.: Nota Bene, 2001.
4. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности. М., 1989.
5. Клиническая психология: Учебник для вузов / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002.
6. Петухов В.В. Психология мышления. М., 1987.
7. Шертюк Л. Гипноз. М.: Медицина, 1992.
8. Шульц Д., Шульц С. История современной психологии. СПб.: Евразия, 1998.

СОДЕРЖАНИЕ

Вопрос 1. Предмет клинической психологии.....	3
1. <i>Зарождение клинической психологии</i>	
2. <i>Разделы клинической психологии</i>	
3. <i>Методы исследования клинической психологии</i>	
Вопрос 2. Базовые знания и практические задачи клинического психолога.....	5
1. <i>Разделы теории</i>	
2. <i>Категории медицинской психологии</i>	
3. <i>Практические задачи</i>	
Вопрос 3. Методы исследования в клинической психологии.....	11
1. <i>Общая характеристика методов</i>	
2. <i>Клиническое интервьюирование. Его значение в клинической психологии</i>	
3. <i>Функции и принципы интервьюирования</i>	
4. <i>Принципы клинического интервью</i>	
5. <i>Принцип проверяемости и адекватности и беспристрастности</i>	
6. <i>Структура клинического интервьюирования</i>	
7. <i>Основы консультирования и интервьюирования. Условия функционирования невербального языка</i>	
8. <i>Типы расхождений в структуре речи интервьюирования</i>	
Вопрос 4. Основные разделы клинической психологии. Возрастная клиническая психология.....	17
1. <i>Связь клинической психологии с другими разделами. Виды разделов клинической психологии</i>	
2. <i>Возрастная клиническая психология</i>	
3. <i>Критерии диагностики психического развития</i>	
4. <i>Возрастная периодизация</i>	
5. <i>Параметры, нормы и патологии в разных возрастных группах. Период новорожденности</i>	
6. <i>Период младенчества</i>	
7. <i>Период раннего детства</i>	
Вопрос 5. Основные синдромы психических расстройств периода новорожденности, младенчества и раннего детства.....	22
1. <i>Виды синдромов. Синдром невропатии</i>	
2. <i>Синдром раннего детского аутизма</i>	
3. <i>Гипердинамический синдром</i>	
4. <i>Синдром страха</i>	
5. <i>Характеристика психосоматических расстройств</i>	

- Вопрос 6. Психические особенности и расстройства у детей дошкольного и школьного возраста..... 26
1. *Дошкольный возраст*
 2. *Интеллектуальная готовность ребенка к школе*
 3. *Младший школьный возраст*
 4. *Синдромы, характерные для дошкольного и младшего школьного возраста*
- Вопрос 7. Психологические особенности и психосоматические расстройства у подростков..... 29
1. *Переход от детства к зрелости*
 2. *Гормональные, психические, психологические и личностные изменения у подростков*
 3. *Вступление во взрослую жизнь*
 4. *Новообразования подросткового возраста*
 5. *Психологические особенности школьника*
 6. *Общение в подростковом возрасте*
 7. *Поведенческие реакции подростков*
 8. *Юношеская культура*
- Вопрос 8. Психология и психопатология ранней юности..... 38
1. *Развитие идентичности молодого человека*
 2. *Различия психической деятельности юношей и девушек*
 3. *Основные черты юношеского возраста*
 4. *Развитие морального самосознания в ранней юности*
- Вопрос 9. Психические особенности и психические расстройства лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста..... 42
1. *Характеристика лиц зрелого возраста*
 2. *Типы профессиональной идентификации*
 3. *Кризисы зрелого возраста*
 4. *Психические особенности и расстройства лиц пожилого и преклонного возраста*
 5. *Основные "жизненные" позиции пожилых людей*
- Вопрос 10. Семейная клиническая психология. Патопсихология..... 47
1. *Предмет психологии семейных отношений*
 2. *Антипационный паттерн*
 3. *Проблемы неблагополучных семей*
 4. *Невротические и психосоматические типы реагирования*
 5. *Проблема недопонимания между членами семьи*
 6. *Патопсихология*

Вопрос 11. Психология здоровья.....	55
1. <i>Понятие здоровья</i>	
2. <i>Различные подходы к изучению проблемы здоровья</i>	
3. <i>Компоненты эталона здоровья</i>	
4. Концепция "самоактуализации" А. Маслоу	
Вопрос 12. Патопсихологические методы исследования.....	57
1. Экспериментально-психологические (патонейропсихологические) методы исследования	
2. <i>Понятие патопсихологического синдрома</i>	
3. <i>Патопсихологические регистр-синдромы</i>	
4. <i>Патопсихологическая оценка нарушений внимания</i>	
5. <i>Патопсихологическая оценка нарушений памяти</i>	
6. <i>Патопсихологическая оценка нарушений восприятия</i>	
7. <i>Патопсихологическая оценка нарушений мышления</i>	
8. <i>Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта</i>	
9. <i>Патопсихологическая оценка нарушений эмоций</i>	
Вопрос 13. Нейропсихология. Определение, проблемы, методологические основы.....	68
1. <i>Определение нейропсихологии, ее предмет</i>	
2. <i>Мозг как орган психики</i>	
3. <i>Мозговая локализация психических функций</i>	
4. <i>Высшие психические реакции</i>	
5. <i>Нарушения высших психических функций</i>	
Вопрос 14. Психосоматическая проблема /. <i>Исследования психосоматических заболеваний</i>	
2. <i>Психологические аспекты проблемы телесности</i>	
3. <i>Психология телесности, ее предмет</i>	
4. Понятие нейрогуморальной системы регуляции жизнедеятельности организма	
Вопрос 15. Психологическое консультирование. Коррекция психотерапии.....	82
1. <i>Понятие психологической помощи</i>	
2. <i>Виды психологической помощи</i>	
3. <i>Отличия видов психологической помощи</i>	
4. <i>Виды психологической помощи и способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия</i>	
5. <i>Психологическое консультирование</i>	

Вопрос 16. Типология нарушения психических процессов, свойств и состояний при разных видах патологии человека	89
1. <i>Психические реакции заболевшего человека и их факторы</i>	
2. <i>Типы психологического реагирования на заболевание</i>	
3. <i>Онкологическая патология</i>	
4. <i>Акушерская и гинекологическая патология</i>	
5. <i>Соматическая и хирургическая патологии</i>	
Вопрос 17. Нарушение восприятия, произвольных движений и действий, речи и памяти	93
1. <i>Понятие восприятия</i>	
2. <i>Нарушение восприятия</i>	
3. <i>Нарушение речи и памяти</i>	
4. <i>Нарушение произвольных движений и действий</i>	
Вопрос 18. Патология мышления, эмоционально-волевой сферы, сознания и самосознания	96
1. <i>Патология мышления</i>	
2. <i>Расстройства эмоциональной сферы</i>	
3. <i>Патология волевой сферы</i>	
4. <i>Нарушения сознания и самосознания</i>	
Вопрос 19. Взаимодействие тела и психики	100
1. <i>Мозг и психика</i>	
2. <i>Расстройства личности. Психопатология</i>	
3. <i>Воля и мотивация</i>	
4. <i>Психодиагностика и воздействие</i>	
Список литературы	103

Издательство ПРИОР предлагает Вам широкий ассортимент учебников для вузов:

- **Длпkword**. Система "слово - образ". Английский язык
- Административное право России с учетом КоАП. Конспект лекций
- Административное право. Конспект лекций (карманный формат)
- Административное право. Конспект лекций в схемах
- Английский язык для студентов экономических факультетов. Учебное пособие
- Арбитражный процесс. Конспект лекций
- Арбитражный процесс. Учебное пособие для вузов
- Бизнес-план предприятия: финансовый бюджет. Учебно-практическое пособие
- Бизнес-план. Опыт, проблемы. Учебно-практическое пособие
- Бизнес-план: рекомендации по составлению
- Бюджетное право. Учебное пособие
- Всеобщая история государства и права. Учебник. Гриф МО (в 2-х томах). Том 1
- **Узбальная** экология. Учебное пособие
- Государственное предпринимательство. Учебник
- Гражданское право. Часть 1. Конспект лекций
- Гражданское право. Часть 1. Конспект лекций (карманный формат)
- Гражданское право. Часть 1. Конспект лекций в схемах
- Гражданское право. Часть 2. Конспект лекций
- Гражданское право. Часть 2. Конспект лекций в схемах
- Гражданское право. Часть первая. Учебник
- Грипп и другие респираторные заболевания. Сб. норм, актов
- Дошкольная педагогика. Конспект лекций
- Жилищное право. Конспект лекций
- Жилищное право. Конспект лекций (карманный формат)
- Жилищное право. Учебно-практическое пособие
- Защита прав предпринимателей. Справочник
- Земельное право. Конспект лекций
- Инвестиции и хеджирование. Учебно-практическое пособие для вузов
- Инфраструктура товарного рынка
- Исследование систем управления. Учебное пособие для вузов.
- История государства и права зарубежных стран. Конспект лекций
- История государства и права зарубежных стран. Конспект лекций в схемах
- История и теория социологии. Учебное пособие
- История отечественного права в новейшее время (1917-2002). Учебное пособие
- История педагогики. Конспект лекций
- История развития психологии. Учебное пособие
- История России. Учебник для вузов
- История философии. Учебное пособие для вузов
- История цивилизаций. Конспект лекций
- История цивилизаций. Конспект лекций в схемах
- История экономических учений. Конспект лекций
- История экономических учений. Конспект лекций в схемах
- История экономического развития России. Учебное пособие для вузов. Под ред. Шуркалина
- Как позволить другим делать по вашему (речевые и поведенческие стратегии журналиста). Учебно-практическое пособие
- Конституционное право зарубежных стран. Курс лекций
- Конституционное право зарубежных стран. Конспект лекций в схемах
- Краткий курс уголовного процесса. Учебное пособие
- Краткий толковый словарь-справочник по внешнеэкономической деятельности
- Криминалистика. Конспект лекций.
- Криминалистика. Конспект лекций в схемах
- Криминология. Конспект лекций в схемах
- Культура сервиса. Учебное пособие для студентов и специалистов сферы сервиса
- Культурология. Конспект лекций в схемах
- Культурология. Учебное пособие
- Культурология. Учебное пособие для вузов
- Логистика в строительстве. Учебное пособие

- Макроэкономика. Современный взгляд. Учебное пособие для вузов
- Макроэкономика. Конспект лекций
- Малое предпринимательство. Сборник нормативных актов. Ред. Кольванов А.С.
- Маркетинг на финансовых рынках. Поведение потребителей. Учебное пособие
- Маркетинг строительства. Учебное пособие
- Маркетинг. Конспект лекций
- Маркетинг. Теория, ситуации, тесты. Учебно-методическое пособие
- Маркетинг. Конспект лекций в схемах
- Маркетинг. Учебное пособие
- Математика для юристов в вопросах и ответах. Учебное пособие для образовательных учреждений юридического профиля
- Международная экономика. Учебное пособие
- Международное частное право. Конспект лекций
- Международное частное право. Конспект лекций в схемах
- Международный рынок капиталов
- Менеджмент. Конспект лекций в схемах
- Менеджмент. Эффективные технологии. Учебное пособие
- Менеджмент. Конспект лекций
- Мировая экономика. Структурно-логические схемы
- Мировые религии в России
- Муниципальное право РФ в тезисах, определениях, таблицах, блок-схемах. Учебное пособие
- Налоговое право. Конспект лекций
- Наследственное право. Конспект лекций
- Образцы организационных документов для высших образовательных учреждений экономического, юридического и гуманитарного профиля
- Общая и социальная психология. Энциклопедия (Формат А4)
- Общая педагогика. Конспект лекций
- Общая психология. Конспект лекций
- Общая психология. Учебник для вузов
- Общая теория статистики. Конспект лекций
- Общая, социальная, юридическая психология. Учебное пособие для вузов
- Общее конституционное право в тезисах, определениях и блок-схемах. Учебное пособие
- Обязательственное право. Краткий курс. Шляпников
- Оперативно-розыскная деятельность. Учебно-справочное пособие. Под ред. Ильиных В.Л
- Опыт реформирования: четырехкратный рост и техпереворужение ОАО "Салаватстекло"
- Организационное управление. Учебное пособие. Под ред. Архиповой
- Организация кассовых операций и налично-денежного обращения. Учебное пособие
- Организация нотариата в России. Учебное пособие
- Основной капитал и инвестиционная политика. Учебное пособие
- Основы государства и права. Учебное пособие для поступающих в вузы
- Основы информатики и математики для юристов. Том 1. Краткий курс в таблицах, схемах и примерах
- Основы информатики и математики для юристов. Том 2. Краткий курс в таблицах
- Основы корпоративного управления концернами. Учебное пособие
- Основы маркетинга. Хлусов
- Основы оценочной деятельности. Учебное пособие
- Основы политической элитологии
- Основы финансового и управленческого анализа
- Основы финансового и управленческого анализа
- Основы юридической психологии. Учебник для вузов
- Отечественная история XX - начала XXI века в схемах, таблицах и диаграммах. Пособие для абитуриентов и студентов
- Политология. Конспект лекций
- Политология. Конспект лекций в схемах
- Политология. Учебник для вузов. 2-е издание
- Политология. Учебник для студентов юридических и гуманитарных факультетов
- Политология. Учебно-практическое пособие для вузов
- Политология. Хрестоматия. Пособие для вузов, юридических и гуманитарных факультетов
- Положения об отделах предприятия. Справочник
- Потребительское право. Защита прав потребителей. Учебное пособие
- Потребительское право. Споры, иски, претензии. Учебное пособие

- Право в медицине
- Право интеллектуальной собственности: авторское право, промышленное право
- Право социального обеспечения. Конспект лекций
- Правоведение. Курс лекций. Учебное пособие
- Правоведение. Учебник для неюридических вузов и факультетов
- **Правовое** регулирование государственного предпринимательства. Учебно-методическое пособие
- Правоохранительные органы. Конспект лекций
- Правоприменительная деятельность органов предварительного расследования, прокуратуры и судов. Основные начала. **Учебное** пособие для вузов
- Практикум по электронным таблицам в экономике
- Предпринимательский менеджмент
- Предпринимательское право. Учебное пособие для вузов
- Предпринимательство и финансы. Учебное пособие для вузов
- **Предприятие и его структура: диагностика, управление, оздоровление.** Учебное пособие для вузов
- Преступления в сфере экономической деятельности как угроза экономической безопасности России. Научно-практическое издание
- Прикладной статистический анализ. Учебное пособие для вузов
- Прогнозирование и планирование. Учебное пособие
- Производственный менеджмент. Учебное пособие для ВУЗов
- Промышленная логистика. Учебное пособие
- Психологическая диагностика. Стандартизированные тесты
- Психология и педагогика. Конспект лекций
- Психология и педагогика. Конспект лекций в схемах
- Психофизиология. Конспект лекций
- Речевая коммуникация. Клоев
- Римское частное право. Конспект лекций в схемах
- Риторика: инвенция, диспозиция, элокуция. Учебное пособие для вузов
- Российское гуманитарное право. Учебное пособие
- Самоменеджмент. Эффективные технологии. Практическое руководство для решения повседневных проблем
- Сборник задач по уголовно-исполнительному праву (с ответами)
- Сборник задач по уголовному праву. Особенная часть
- Сборник задач по уголовному процессу
- Состязательность и равноправие сторон, уголовном судопроизводстве. Учебно-практическое пособие
- Социальная психология. Учебник для вузов
- Социальное прогнозирование развития России в XXI веке. Учебное пособие по антикризисному управлению экономикой и обществом
- Социология. Конспект лекций в схемах
- Социология. Конспект лекций
- Социология. Учебник для вузов
- Сравнительная педагогика. Конспект лекций
- Стратегическое управление. Учебное пособие для вузов
- Страховое дело. Конспект лекций
- Субсидиарная ответственность. Проблемы теории и практики
- Судебная система РФ. Учебно-практическое пособие
- Таможенное право России. Курс лекций
- Таможенное право России, Практикум. Учебно-методическое пособие
- Таможенное право. Конспект лекций в схемах
- Таможенное право. Конспект лекций в схемах
- Теория государства и права. Конспект лекций в схемах
- Теория государства и права. Хрестоматия: пособие для вузов, юридических и гуманитарных факультетов
- Теория государства и права. Учебник для вузов
- Теория государства и права. Конспект лекций
- Теория финансов. Учебное пособие
- Терминологический словарь бизнесмена. Дебтяренко
- Технологии эффективного менеджмента. Учебно-практическое пособие
- Технологические потоки и системы производственных предприятий. Учебное пособие
- Торгово-технологическое оборудование. Учебное пособие
- Трудовое право на основе нового ТК. Конспект лекций. Ред. Новиков С. А.
- Трудовое право. Конспект лекций в схемах
- Уголовное право РФ. Особенная часть. Конспект лекций в схемах

Уголовное право. Общая часть. Конспект лекций

- Уголовное право. Общая часть. Конспект лекций в схемах
- Уголовное право. Особенная часть. Конспект лекций
- Уголовный процесс. Конспект лекций
- Уголовный процесс. Конспект лекций в схемах
- Уголовный процесс. Курс лекций
- Уголовный процесс. Учебник для вузов
- Управление конфликтами. Учебно-практическое пособие для вузов
- Учебное пособие по английскому языку
- Учебное пособие по криминалистике. Использование следов биологического происх. при расследовании преступлений
- Федерализм и права народов. Курс лекций
- Философия науки, традиции и новации
- Философия. Конспект лекций
- Философия. Конспект лекций в схемах
- Философия. Курс-конспект. Учебное пособие для студентов и преподавателей вузов
- **Философские** науки в схемах и таблицах. Курс лекций
- **Финансовая** математика и ее приложения
- Финансовое право России. Конспект лекций
- Финансовое право. Конспект лекций в схемах
- Финансовое право. Сборник нормативных актов. Учебное пособие
- Финансово-экономическое состояние предприятия. Практическое пособие
- Финансовый менеджмент. Конспект лекций
- Хищения в сфере экономической деятельности: механизм преступления и его **зьявление**. Методическое пособие
- Хозяйственное (предпринимательское) право в схемах. Учебное пособие
- Хозяйственное (предпринимательское) право. Вопросы и ответы. Учебное пособие
- Хозяйственное (предпринимательское) право. Методические указания по изучению курса

- Хозяйственное (предпринимательское) право. Учебно-методическое пособие
- Хозяйственное (предпринимательское) право. Сборник нормативных актов. Учебное пособие
- Хозяйственное право. Конспект лекций в схемах
- Хозяйственное право. Конспект лекций. Ред. **Аринина П.С.**
- Хрестоматия по теории государства и права, политологии, истории политических и правовых учений
- Целебные силы меди, Медетерапия
- Цены и ценообразование. Конспект лекций
- Экологическое право. Конспект лекций в схемах
- Экологическое право. Конспект лекций. Ред. Новиков С.А.
- Экология. Охрана окружающей среды: правовой словарь-справочник
- Экология. Учебное пособие
- Экономика предприятия. Конспект лекций
- Экономика предприятия. Конспект лекций
- Экономика предприятия. Конспект лекций в схемах
- Экономика предприятия. Конспект лекций в схемах
- Экономика природопользования
- Экономико-математическое моделирование. Учебное пособие
- Экономическая теория. **Учебник** для вузов. **ГрифМО**
- Электронная коммерция (электронная экономическая деятельность): правовое регулирование и налогообложение
- Эстетика. Раскрытие эстетической тайны. Краткий учебник для учащихся, студентов, преподавателей
- Этика. Конспект лекций
- Этика. Учебное пособие для вузов
- Этика. Конспект лекций в схемах
- Юридическая психология. Энциклопедия

**ОПТОВЫМ ПОКУПАТЕЛЯМ ПРЕДЛАГАЮТСЯ КНИГИ
ДРУГИХ ИЗДАТЕЛЬСТВ ПО ИХ ОТПУСКНЫМ ЦЕНАМ
Тел.: (095) 964 42 00; (095) 964 49 00**

**Самую свежую информацию по ассортименту книг
издательства Приор смотрите в интернете:**

<http://www.xlibris.ru>