**1. Предмет, проблемы, задачи клинической психологии**

Клиническая психология (греч. Klinike - врачевание, kline –постель, ложе) - область медицинской психологии, изучающая психические факторы происхождения и течения болезней, влияние болезней на личность, психологические аспекты целебных воздействий.

Цель и задачи клинической психологии определяются потребностями клиники психиатрической, неврологической, соматической.

В центре клинической психологии (предмета) - человек с душевными "болями" и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состоянием его здоровья. Эти связи имеют двусторонний характер:

1) особенности психики обусловливают трудности адаптации человека, приводящие к риску возникновения болезненных состояний (психосоматика, психические расстройства); 2) болезни и их последствия могут влиять на изменения психического склада человека, что ведёт к дезадаптации.

Структура клинической психологии в России - это нейропсихология, патопсихология, соматопсихология.

Клиническая психология имеет две основные прикладные области:

1) первая - связана с применением психологии в клинике нервно-психических заболеваний и изучает влияние на психику больного изменений структуры и функционирования мозга. Она делится на нейропсихологию (А. Р. Лурия) и экспериментальную патопсихологию (Б.В. Зёйгарник);

2) вторая - связана с применением ее в клинике соматических заболеваний, где основная проблема состоит в изучении влияния психологических факторов на соматического состояние (менее развита). Важнейшей остается проблема взаимоотношений врача и больного (деонтология).

В круг проблем соматопсихологии входят такие вопросы, как изучение личности, психологических вопросов диагностики, лечение, экспертиза больных различными заболеваниями, не относящимися к неврологическим и психическим. Особое значение в соматопсихологии имеет исследование больных с психосоматическими расстройствами - внутренними заболеваниями (например, гипертоническая болезнь, хроническая коронарная недостаточность, бронхиальная астма), в происхождении которых ведущее место занимают психические факторы.

Нейропсихология - отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга.

Патопсихология - раздел медицинской психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни.

Области клинической психологии сближаются благодаря задачам - исследования, применяемым методам, а также в связи с наличием пограничной патологии, являющейся предметом изучения нескольких разделов клинической психологии.

**2. Этапы развития клинической психологии в России**

В истории развития клинической психологии можно выделить условно пять этапов:

1. Истоки клинической психологии просматриваются в работах психиатров в конце XIX в. (Э.Крепелин, Э.Кречмер, И.Брейер, З.Фрейд, Ж.-М. Шарко, П.Жане и др.). Заметно их стремление с естественнонаучных позиций понять природу психической патологии, описать её феноменологию и специфические отличия от нормы. Клиническая психология складывалась, объединяя лучшие традиции классической психиатрии с новаторскими тенденциями к экспериментированию, открытием уникальных возможностей гипноза как метода проникновения в бессознательное.

2. На этом этапе наблюдается проникновение экспериментального метода в психиатрию и психологию (В.Вундт, Г.Эббингауз, Э.Титченер и др.). При крупных психиатрических клиниках в конце XIX в. начали организовываться психологические лаборатории Э.Крепелина в Германии (1879), П.Жане во Франции (1890).Экспериментально психологические лаборатории были открыты и при психиатрических клиниках в России - вторая в Европе лаборатория В.М.Бехтерева в Казани (1885), затем в Петербурге, лаборатории С.С.Корсакова в Москве (1886), В.Ф.Чижа в Юрьеве, И.А.Сикорского в Киеве, П.И.Ковалевского в Харькове. Ряд лабораторий был организован в США и Англии. В 1907 г. В.М.Бехтерев писал в журнале "Обозрение психиатрии" "Пренебрегать положениями современной психологии, опирающейся на эксперимент, а не на умозрение, для психиатра уже не представляется возможным".

3. Изучение индивидуальных различий Ф.Гальтоном, Дж. Кеттелом в Англии, А.Бине, Ф.Симоном во Франции - начало применения тестов при исследовании психических больных. После Второй мировой войны происходит смещение в западной клинической психологии интереса с тестирования интеллекта на индивидуальные особенности. Растет применение проективных методик в клинике для более глубокого, тонкого понимания бессознательных тенденций личности, их психологического смысла.

4. С 60-х годов появляется антипсихиатрическое течение в клинической психологии, происходит проникновение гуманистических идей в эту область знаний. Психотерапия становится главной формой профессиональной "Деятельности психолога в клинике. Изменяется понятие "клиника" в сторону "клиники жизни", т.е. понятие включает многообразие межичностных проблем, конфликтов, экзистенциальных проблем. Происходит расширение границ клинической психологии. Возникает социальная психиатрия, что способствует ускоренному распространению внебольничных форм ведения пациента, в том числе групповой, семейной психотерапии, психологического" консультирований. Доминирующий подход - экологический, ориентированный на активацию потенциальных резервов и механизмов выживания, способствующих гармоничному взаимодействию его с социумом.

5. Практическое прикладное значение клинической психологии базируется на прочном фундаменте отечественных психологов-классиков (нейро - и пато - психологов) - В.М.Бехтерева, Л.С.Выготского, Б.В.Зейгарник, А.Р.Лурия, В.Н.Мясищева и других. Современные клинические психологи, внёсшие большой вклад в развитие клинической психологии, - Е.Д.Хомская, Б.С.Братусь, Ю.Ф.Поляков, В.В.Николаева, А.С.Спиваковская, Е.Т.Соколова, Л.И.Московичюте и др.

Деятельность клинических психологов вышла за пределы клинической медицины, охватывает людей, нуждающихся в психологической помощи (от психологии в медицине к психологии психических проблем личности, группы).

Большое значение имеет повышение роли психопрофилактики. Знания и методы клинической психологии используют в неспецифической (первичной) 'профилактике, направленной на внесение "культуры здоровья" в сознание людей, на широкую пропаганду психологически обоснованных способов борьбы с вредными для здоровья навыками и привычками.

**3. Основные задачи психологического исследования в клинике**

Общей задачей клинического психолога в лечебно-профилактическом учреждении является его участие в проведении дифференциальной диагностики различных болезней, лечении и социально-трудовом приспособлении больных.

Во-первых, это оценка психического состояния пациента, обычно экспресс-диагностика, проводимая с помощью краткой батареи психологических тестов. Во-вторых, оценка изменений в психическом состоянии больного под влиянием проводимой лекарственной терапии или под влиянием психотерапии. Такое лонгитюдное исследование предполагает диагностику психического состояния до и после терапии и часто требует применения “параллельных форм” психологических тестов.

Третья задача, с которой сталкивается психолог, — это дифференциальная диагностика. В психиатрической клинике самое начало патологического процесса может быть таким тонким, незаметным, что клинически практически не выявляется, но может быть обнаружено психологическими методами. Например, при некоторых формах шизофрении заболевание обнаруживает себя не нарушениями мышления, не расстройствами эмоций, личности и поведения, а изменениями в сфере восприятия. Больной начинает иначе видеть мир, особым образом конструируя перцептивные структуры. В тесте Роршаха эти изменения восприятия обнаруживаются в появлении расщепленных, диссоциированных образов, (“раздавленная кошка”, “расчлененный труп”), в дефицитарных ответах (“человек без головы”, “птица без хвоста”). Появляются также символические ответы (“торжество справедливости”, “божья кара” и т. п.) Такой особый способ видения окружающего может указать психологу на начало болезни, которой психиатр еще клиническими методами не выявляет.

Четвертая задача, которая ставится перед психологом в клинике, — это экспертные вопросы: судебно-психологическая экспертиза. Например, когда психолог должен ответить на вопрос, находился ли подэкспертный в состоянии аффекта (физиологического, патологического), или каковы психологические особенности обвиняемого или потерпевшего, каков уровень интеллектуального развития обвиняемого. Психолог может участвовать и в проведении трудовых экспертиз, когда речь идет о группе инвалидности. Экспертная работа отличается высокой степенью точности и корректности: на поставленные вопросы даются конкретные ответы, не допускающие двусмысленной интерпретации. Поэтому используются объективные тесты, и гораздо в меньшей степени применяются тесты проективные. Применение последних ограничивается субъективными искажениями, связанными с особенностями личности самого психолога, а также тем обстоятельством, что они измеряют не столько реальное поведение, сколько бессознательные установки и переживания.

**4. Методы исследования в клинической психологии**

Основными методами медико-психологического исследования являются: наблюдение, беседа, включающая сбор психологического анамнеза (катамнеза) и экспериментально-психологический метод исследования.

Экспериментально-психологический метод исследования в медицинской психологии позволяет исследовать различные звенья психических процессов и состояний. Различные авторы в настоящее время выделяют методики качественные (направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности пациентов) и психометрические (используемые для измерения тех или иных функций), вербальные (использующие преимущественно словесный стимульный материал) и невербальные (стимульный материал которых представлен в виде рисунков, схем, различно раскрашенных кубиков и т.п.), направленные на исследование той или иной психической функции (внимания, памяти и т.п.).

Наиболее известными из методик типа функциональных проб являются методики классификации предметов/понятий, исключения предметов/понятий, образования простых/сложных аналогий, выделения существенных признаков и т.д.

Другим общепризнанным направлением в практической психодиагностике является тестовая диагностика, основателем которой считается американский психолог ДжМ. Кэтгэлл (1890). По определению Л.Ф. Бурлачука (1989), под тестом в психологической диагностике понимается стандартизированное, часто ограниченное во времени испытание, предназначенное для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий.

Каждая психодиагностическая методика имеет 2 характеристики:

1. Валидность — это понятие, указывающее на то, что методика измеряет и насколько хорошо она это делает (А. Анастази, 1982). Выделяют несколько разновидностей валидности, например: содержательную, характеризующую степень соответствия содержания заданий методики исследуемой области психических свойств; прогностическую, характеризующую степень точности и обоснованности суждения о диагностируемом психологическом качестве по его результату спустя определенное время после определения; текущую, отражающую способность методики различать испытуемых на основании диагностического признака и т.д.

2. Надежность отражает точность психодиагностического измерения и устойчивость результатов методики к действию посторонних случайных факторов.

**5. Принципы построения патопсихологического эксперимента**

Получение данных для диагностики. Патопсихологические данные носят дополнительный характер и их ценность обнаруживается только при сопоставлении с результатами клинико-психологического исследования и в ряде случаев — с результатами других вспомогательных исследований (например, элекгроэнцефалографии, реоэнцефалографии и т.д.). Патопсихологическая диагностика не носит также характера нозологического диагноза — это задача клинициста, который для ее решения как раз и должен правильно оценивать результаты патопсихологического исследования. В последнем существенную помощь ему призваны оказать используемые в патопсихологических заключениях категории патопсихологических регистр-синдромов.

Патопсихологическое исследование зачастую способствует раннему выявлению симптомов психических нарушений и установлению их своеобразия.

Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией — оценка эффективности проведения лечебного процесса. Многократно проводимые в процессе лечения Патопсихологические исследования могут быть объективным показателем влияния проводимых лсчебно-реабилитационных мероприятий на течение заболевания. Они также характеризуют структуру и особенности наступающих ремиссий и психического дефекта (если речь идет о процессуальных заболеваниях), что имеет известное прогностическое значение и способствует выбору правильной тактики дальнейшего проведения лечебного процесса.

Важное значение патопсихологические исследования имеют при проведении судебно-психиатрической экспертизы. При этом психолог-эксперт должен не только установить данные, облегчающие решение клинических диагностических вопросов, но и объективно установить степень выраженности психических нарушений.

**6. Локализация высших психических функций в коре головного мозга**

1. Мозг как субстрат психических функций работает как единое целое, состоящее из множества высокодифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль.

2. Системная локализация высших психических функций предполагает многоэтапную иерархическую многоуровневую мозговую организацию каждой функции.

3. Локализация высших психических функций характеризуется динамичностью и изменчивостью.

4. Формируясь прижизненно, под влиянием социальных воздействий, высшие психические функции человека меняют свою психологическую структуру и соответственно свою мозговую организацию. Наиболее демонстративно это проявляется на примере речевых функций .

5. Обязательно участие лобных конвекситальных префронтальных отделов коры больших полушарий в мозговом обеспечении высших психических функций. Этот принцип специфичен для мозговой организации всех сознательных форм психической деятельности человека.

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

При повреждении определённого участка мозга (прежде всего вторичных и третичных областей коры больших полушарий) возникает "первичный" дефект - нарушение определённого физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре (фактору). Затем, в виде системного следствия возникают "вторичные" дефекты как результат поражения общего звена, входящего в различные функциональные системы.

**7. Основные функциональные блоки мозга**

Три основных структурно-функциональных блока мозга по А.Р.Лурия:

энергетический блок, или блок регуляции уровня активности мозга;

блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (т.е. исходящей извне) информации;

блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;

Первый блок регулирует процессы общей (ретикулярные отделы ствола и среднего мозга) и локальной (диэнцефальный, лимбический, корковый уровни) активации, обеспечивает общий активационный фон, общий тонус ЦНС.

Воспринимает и перерабатывает информацию о состоянии внутренней среды организма и регулирует эти состояния нейрогуморальными, биохимическими механизмами.

Участвует (лимбические структуры мозга) в регуляции различных мотивационных, эмоциональных состояний и элементарных эмоций (страх, боль, удовольствие, гнев).

Второй блок включает в себя основные анализаторные системы: зрительную, слуховую, кожно-кинестетическую. Все три системы состоят из периферического (рецепторного) и центрального отделов. Центральные отделы включают несколько уровней, последний из которых – кора больших полушарий, которая состоит из первичных, вторичных и третичных полей. Первичные и вторичные поля коры называют «ядерной зоной анализатора» (по терминологии И.П. Павлова).

Функции первичных полей коры состоят в максимально тонком анализе различных физических параметров стимулов определенной модальности. Вторичные поля коры осуществляют синтез раздражителей, функциональное объединение разных анализаторных зон, обеспечивают различные виды гнозиса (восприятия).

Третичные поля коры находятся вне ядерных зон анализаторов. Они не имеют непосредственной связи с периферией. К ним относятся верхнетеменная область (7 и 40 поля), нижнетеменная область (39 поле), средневисочная область (21 и частично 37 поле), зона ТРО – зона перекрытия височной, теменной и затылочной коры (37 и частично 39 поле).

Функция третичных полей коры – осуществление сложных надмодальных видов психической деятельности – символической, речевой, интеллектуальной.

В ядерную зону зрительного анализатора входят:

первичное – 17 поле

вторичные – 18,19 поля

В ядерную зону слухового анализатора входят:

первичное – 41поле

вторичные – 42,22 поля

В ядерную зону кожно-кинестетического анализатора входят:

первичное – 3 поле

вторичные – 1,2, частично 5 поле

Третичные поля коры являются общими для всех анализаторных систем (7,37,39,40 поля).

Третий функциональный блок обеспечивает возможность переработки и интеграции различной афферентации. Осуществляет различные регуляторные влияния. Играет ведущую роль в программировании и контроле за протеканием психических функций, за результатами отдельных действий. Обеспечивает формирование замыслов и целей психической деятельности.

**8. Виды агнозий**

Зрительные агнозии - расстройства зрительного гнозиса, возникающие при поражении корковых структур задних отделов больших полушарий и протекают при относительной сохранности элементарных зрительных функций (остроты зрения, полей зрения, цветоощущения).

Выделяют шесть основных форм нарушений зрительного гнозиса, а именно:

1) предметная агнозия, когда больной, правильно оценивая отдельные элементы изображения, не может понять смысл изображения объекта;

2) лицевая агнозия, когда больной не различает человеческие лица

3) оптико-пространственная агнозия, при которой больной плохо ориентируется в пространственных признаках изображения;

4)буквенная агнозия, когда больной, правильно копируя буквы, не может их читать;

5) цветовая агнозия, когда больной различает цвета, но не может сказать, какие предметы окрашены в данный цвет;

6) симультанная агнозия, когда больной может воспринимать только отдельные фрагменты изображения, вследствие резкого сужения возможности видеть целое.

Форма нарушения зрительного гнозиса связана как со стороной поражения мозга, так и с локализацией поражения внутри "широкой зрительной сферы" конвекситальной коры затылочных и теменных отделов мозга.

Слуховая агнозия - гностическое слуховое расстройство, при котором больной не способен определить значение различных бытовых, предметных и природных звуков и шумов (обширное поражение правой височной области);

дефекты слуховой памяти - нарушение способности запоминания звуков (пораж. левой височной обл.);

аритмия - гностическое слуховое расстройство, при котором больные не могут правильно оценить и воспроизвести ритмические структуры, предъявляемые им на слух (при лево- и правостороннем поражении);

амузия - нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, оценивает ее как болезненное и неприятное переживание (при поражении правой височной области);

нарушение интонационной стороны речи (просодии) - отсутствие способности различать интонацию в речи других, отсутствие таковой в собственной речи (поражения правой височной области).

Тактильная агнозия - нарушение узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности, то есть при сохранении сенсорной основы тактильного восприятия.

Астереогноз - нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта. Известны две формы астереогноза:1-я форма - больной воспринимает отдельные признаки предмета, но не может их синтезировать в единое целое; 2-я форма - нарушено опознание и этих признаков.

"Пальцевая агнозия" - нарушение возможности называния пальцев руки - контралатеральной очагу поражения, способность узнавать пальцы с закрытыми глазами - (синдром Герштмана). У больных с поражениями нижнетеменных отделов коры больших полушарий опознание цифр, букв, написанных на коже, нарушается. Этот феномен получил название "тактильная алексия». Некоторые авторы выделяют, как специальную форму "тактильную асимболию" - специфическую форму тактильно-амнестической афазии. При этом наблюдается невозможность больного назвать ощупываемый с закрытыми глазами объект при сохранности правильного описания объекта и его назначения.

Соматоагнозия (нарушение «схемы тела») - нарушение способности узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу. Обычно больной плохо ориентируется в одной левой половине тела - гемисоматоагнозия (сопровождает поражение правой теменной области мозга). При этом часто возникают ложные соматические образы - соматопарагнозия - в виде ощущений "чужой" руки, уменьшения частей тела (руки, головы), удвоения конечностей и т.п.

В целом и предметная тактильная агнозия (астереогноз), пальцевая агнозия и соматоагнозия более глубоко выражены при поражении правого полушария мозга. Тактильная алексия чаще связана с левосторонним поражением теменной коры.

Особую группу симптомов составляют симптомы поражения задних отделов теменной коры, примыкающей к затылочным и задневисочным областям мозга. Эти отделы принимают непосредственное участие в анализе и синтезе пространственных признаков среды, их поражение ведет к различным формам оптико-пространственных нарушений - оптико-пространственной агнозии, апрактоагнозии или к нарушениям сложных символических пространственных функций (счета, ориентации в карте, рисунках и т.д.), которые входят в синдром поражения зоны ТРО, о чем речь будет ниже.

**9. Виды апраксий**

Поражение коркового уровня двигательных функциональных систем вызывает особый тип нарушений двигательных функций – апраксии.

Апраксии – это нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами. Не сопровождаются элементарными двигательными расстройствами.

Классификация апраксий по А.Р. Лурия (1962).

1 форма. Кинестетическая апраксия — форма апраксии, при которой движения больных становятся плохо управляемыми (симптом: «рука—лопата»). Нарушаются движения при письме, апраксия позы (больные не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие - закуривание, наливание чая в стакан). Возникает при поражениях нижних отделов постцентральной области коры больших полушарий (задних отделов коркового ядра двигательного анализатора: полей 1,2, частично 40 преимущественно левого).

2 форма. Пространственная апраксия (апрактоагнозия) - форма апраксии, в основе которой лежит расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений ("верх-низ", "правое - левое"), апраксия позы; трудности выполнения пространственно—ориентированных движений (больные не могут одеться, застелить постель). Возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры на границе 19-го и 39-го полей, особенно при поражении левого полушария или при двусторонних очагах.

3 форма. Кинетическая апраксия - форма апраксии, проявляющаяся в нарушении последовательности, временной организации двигательных актов. Связана с поражениями нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (6, 8-го полей передних отделов коркового ядра двигательного анализатора). Проявляется в форме распада "кинетических мелодий» - нарушения последовательности, временной организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации, то есть бесконечное продолжение раз начавшегося движения.

4 форма. Регуляторная апраксия - форма апраксии, проявляющаяся в виде нарушений программирования движений, отключении сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными шаблонами и стереотипами. Возникает при поражениях конвекситальной префронтальной коры кпереди от премоторных отделов; протекает на фоне сохранности тонуса и мышечной силы. Для этой формы апраксии характерны системные персеверации, то есть персеверации не элементов двигательной программы, а всей программы в целом.

Поражение конвекситальных отделов коры лобных долей мозга ведет:

к нарушению произвольной регуляции двигательных функций - к регуляторной апраксии в виде эхопраксии (подражательные движения) и в виде эхолалии (повторение услышанных слов). Также страдает письмо и рисование.

к псевдоагнозии - нарушению произвольной регуляции зрительного восприятия, которое имитирует дефекты, возникающие при предметной зрительной агнозии. В отличие от истинных агнозий, они менее стабильны, могут быть скомпенсированы.

к нарушению произвольной регуляции слухового восприятия - трудностям оценки и воспроизведения звуков (например, ритмов). При оценке ритмов у больных легко проявляются персевераторные ответы.

к тактильным псевдеагнозиям - трудностям опознания на ощупь серии тактильных образцов (фигур доски Сегена), в этом случае у больных появляются ошибочные персевераторные ответы.

к псевдоамнезии — нарушению, проявляющемуся в трудностях произвольного запоминания и произвольного воспроизведения любых по модальности стимулов. Это сочетается с трудностями опосредования или семантической организации запоминаемого материала.

к нарушению произвольной регуляции интеллектуальной деятельности — расстройству произвольной регуляции, при котором больные не могут самостоятельно анализировать условия задачи, сформулировать вопрос и составить программу действий. Они повторяют лишь отдельные фрагменты без взаимосвязи. Производят случайные действия с числами, не сличая полученные результаты с исходными данными. Интеллектуальные персеверации — симптом нарушения произвольной регуляции деятельности, проявляющийся в инертном повторении больным одних и тех же интеллектуальных действий в изменившихся условиях.

**10. Виды афазий**

1. Сенсорная афазия - форма афазии, в основе которой лежит нарушение фонематического слуха, то есть способности различать звуковой состав слова. Сенсорная афазия связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария (у правшей).

При нарушении фонематического слуха вследствие поражения ядерной зоны звукового анализатора (41, 42 и 22 поля) левого полушария, возникает грубое речевое расстройство, проявляющееся не только в невозможности различать звуки устной речи (то есть возможность понимать речь на слух), но и в нарушении всех других форм речевой деятельности .

2. Акустико - мнестическая афазия - форма афазии, при которой больной не способен запомнить даже сравнительно небольшой речевой материал вследствие грубого нарушения слухоречевой памяти. Возникает при поражении средних отделов коры левой височной области, расположенных вне ядерной зоны звукового анализатора (21-е и частично 37-е поля); впервые описано А.Р. Лурия.

3. Оптико-мнестическая афазия - форма афазии, при которой больные не способны правильно называть предметы. Оптико-мнестическая афазия возникает при поражении задних отделов височной области (у правшей). К ним относят: нижние отделы 21-го и 37-го полей на конвекситальной поверхности полушария; задне-нижние отделы 20-го поля на конвекситальной и базальной поверхности мозга.

4. Афферентная моторная афазия - форма афазии, при которой нарушается кинестетическая речевая афферентация, то есть возможность появления четких ощущений, поступающих от артикулярного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта. Возникает при поражении нижних отделов теменной области мозга (у правшей), а именно 40-го поля, примыкающего к 22-му и 42-му полям или задней оперкулярной области коры.

5. Семантическая афазия - форма афазии, выражающаяся в непонимании больными грамматических конструкций; в той или иной степени отражает одновременный симультанный анализ и синтез явлений (когда требуется одновременное представление о нескольких явлениях). Возникает при поражении зоны ТРО (теменно-париетально-окципитальной зоны коры) - области стыка височных, теменных и затылочных областей мозга (37-го и частично 39-го полей слева

Все описанные выше формы афазий основаны на нарушениях разного типа афферентаций: слуховой, зрительной, кинестетической и той комплексной афферентации, которая лежит в основе пространственного восприятия.

Другую группу афазий составляют афазии, связанные с нарушением эфферентных звеньев речевой системы.

6. Моторная эфферентная афазия - форма афазии, при которой больные, пытаясь что-либо сказать, произносят нечленораздельные звуки или одно слово с разной интонацией.

Возникает при поражении нижних отделов коры премоторной области (передней оперкулярной зоны)- полей 44 и частично 45-го. Это "Зона Брока", названная именем ученого, впервые описавшего поражение данной области мозга в 1861 г.

Страдает собственно двигательная (кинетическая) организация речевого акта, четкая временная последовательность речевых движений.

7. Динамическая афазия - форма афазии, в основе которой лежат нарушения сукцессивной организации речевого высказывания, то есть больные затрудняются дать развернутое речевое высказывание. Эта афазия связана с поражением областей, расположенных вблизи зоны Брока. Это 9,10,46-е поля премоторной области, непосредственно примыкающие к зоне Брока спереди и сверху. Поражение этих средне- и заднелобных (премоторных) отделов коры конвекситальной поверхности левого полушария приводит к речевой адинамии.

При поражении глубоких структур левого полушария возникают псевдоафазические дефекты. В этих случаях возможны явления дисфункции корковых структур мозга, входящих в «речевую зону».

**11. Умственное недоразвитие при диффузных поражениях мозга**

Были выделены два следующих основных типа нарушений памяти при локальном поражении мозга:

1) Модально-неспецифические нарушения памяти - целая группа патологических явлений, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление любой по модальности информации.

Модально-неспецифические нарушения памяти возникают при поражении различных уровней срединных неспецифических структур мозга:

а) при поражении уровня продолговатого мозга (ствола) нарушения памяти протекают в синдроме нарушения сознания, внимания, цикла "сон-бодрствование";

б) при поражении диэнцефального уровня (гипофиза) страдает кратковременная, а не долговременная память (связана с усилением действия механизма интерференции);

в) поражение лимбической системы (корсаковский синдром) - у больных практически отсутствует память на текущие события, и сравнительно хорошо сохраняются следы долговременной памяти, памяти на далекое прошлое. У больных существует определенный резерв компенсации дефекта;

г) поражение медиальных и базальных отделов лобных долей мозга - нередко наблюдаются смешанные медиобазальные очаги поражения, нарушения памяти в целом, расстройства семантической памяти или памяти на понятия.

2) Модально-специфические нарушения памяти - тип мнестических дефектов, связанных с определенной модальностью стимулов и распространяющихся только на раздражители, которые адресуются только к одному какому-либо анализатору. Модально-специфические нарушения памяти возникают при поражении различных анализаторных систем, то есть при поражении второго и третьего функциональных блоков.

К этим нарушениям относятся нарушения: зрительной памяти, слухоречевой памяти, музыкальной памяти, тактильной памяти, двигательной памяти.

Внимание - сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте. Внимание нельзя рассматривать в качестве самостоятельного психического процесса. Оно характеризует динамику любого психического процесса, обеспечивает селективность, избирательность протекания любой психической деятельности.

Модально-неспецифические нарушения внимания - тип нарушений внимания, которые распространяются на любые формы и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности. Нарушения внимания подобного рода характерны для больных с поражением неспецифических срединных структур мозга разных уровней.

Уровнь продолговатого и среднего мозга: у больных наблюдается быстрая истощаемость внимания, резкое сужение объёма внимания, нарушение концентрации внимания в любом виде деятельности из-за слабости тех механизмов, которые поддерживают внимание. Страдают непроизвольные формы внимания.

Уровень диэнцефальных отделов мозга и лимбической системы (область таламуса, гипоталамических структур, гиппокампа, лимбической коры). Нарушения внимания проявляются в более грубой форме. Больные часто вообще не могут сосредоточиться ни на какой деятельности или их внимание крайне неустойчиво. У них возникают трудности при выполнении двигательных актов, решении задач, выполнении вербальных заданий.

Уровень медиобазальных отделов лобных и височных долей. Страдают произвольные формы внимания в различных видах психической деятельности. Появляется бесконтрольная реактивность на все стимулы, патологическое усиление пассивных непосредственных форм регуляции.

Модально-специфические нарушения внимания – тип нарушений внимания, проявляющихся в виде игнорирования (нарушения осознания) стимулов определенной модальности. Сюда относят зрительное, слуховое, тактильное, двигательное невнимание. Проявляются при предъявлении двойных стимулов, т.е. при одновременном предъявлении двух зрительных, двух слуховых и т.п. стимулов. Связаны с поражением корковых и глубинных структур различных анализаторных систем.

Нейропсихология мышления относится к числу сложных и мало разработанных проблем.

А.Р.Лурия (1962) выделил несколько типов нарушений интеллектуальных процессов.

Поражение левовисочной области приводит к слухоречевым нарушениям (сенсорная, акустикомнестическая афазии

При поражении теменно-затылочных отделов мозга (зоны TPO) преимущественно левого полушария возникает совокупность дефектов, связанных с трудностями пространственного анализа и синтеза. Также характерны трудности понимания определенных логико-грамматических конструкций (например, «Колю ударил Петя. Кто драчун?»). Имеются проблемы с решением арифметических задач из-за первичной акалькулии (нарушения счета).

Поражение премоторных отделов левого полушария приводит к нарушениям, входящим в состав премоторного синдрома. Нарушается динамика любой психической деятельности, включая интеллектуальную. Центральным дефектом является нарушение динамики мышления, затруднения в свернутых «умственных действиях», патологическая инертность интеллектуальных актов.

Поражение лобных префронтальных отделов мозга. Возникает симптоматика характерная для лобного синдрома. Нарушается структура самой интеллектуальной деятельности, возникают стереотипии раз возникших связей, инертность, общая интеллектуальная инактивность. На фоне общей адинамии, аспонтанности страдает программирование и контроль за любой, в том числе и интеллектуальной деятельностью.

Нарушение эмоционально-личностной сферы.

В рамках «деятельностного» направления эмоции рассматриваются как сложные системные психологические образования, включенные в различные виды психической деятельности и базирующиеся на разных потребностях.

Психиатры выделяют три уровня поражений мозга, связанных с эмоциями:

Гипофизарно-гипоталамический (уровень лимбической системы). У больных отмечается постепенное обеднение эмоций, исчезновение выразительности средств (мимики и пр.) на на фоне изменения психики в целом.

Височные доли (особенно правого полушария). Характерны устойчивые депрессии и яркие приступы аффекта на фоне сохранных личностных свойств, усиление внимания к своему здоровью (Т.А.Доброхотова, Н.Н.Брагина, 1977). При поражении левой височной доли наблюдаеся тревожно-фобическая депрессия (С.В.Бабенкова, 1971).

Лобные доли. Происходит обеднение эмоций, появление «эмоциональных параличей» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями психики и личности больного. При поражении правой лобной доли возникает состояние благодушия, эйфории, беспечности, отсутствия переживания своей болезни (анозогнозия).

**12. Патология ощущений. Виды**

Под ощущением понимается процесс отражения отдельных свойств предметов объективного мира при их непосредственном воздействии на органы чувств. Важной характеристикой ощущений является понятие порога ощущения — величины раздражителя, способной вызвать ощущение. Различают абсолютный, дифференциальный и оперативный пороги ощущений. Ощущения могут возникать в различных органах чувств и по данному критерию ощущения разделяются на зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные.

Общими для всех видов ощущений считаются количественные и качественные изменения ощущений. К количественным относят такие, как: анестезия — утрата способности ощущать различные виды раздражений; гипоэстезия — снижение способности ощущать различные виды раздражений; гиперестезия — повышение способности ощущать различные виды раздражений.

Потеря чувствительности (анестезия), как правило, распространяется на тактильную, болевую, температурную чувствительность и может захватывать как все виды чувствительности {тотальная анестезия), так и отдельные ее виды (парциальная анестезия). По механизмам возникновения выделяют: корешковую анестезию, при которой тотально нарушается чувствительность в зоне иннервации определенного заднего корешка спинного мозга, и сегментарную, при которой нарушения возникают в зоне иннервации определенного сегмента спинного мозга. Последний вид анестезии может быть как тотальной, так и диссоциированной, при которой наблюдается отсутствие болевой и температурной чувствительности при сохранении проприоцептивной или наоборот.

Одним из наиболее часто встречающихся в клинической практике феноменов является гиперестезия - захватывает, как правило, все сферы, но чаще отмечаются зрительная и акустическая гиперестезии.

Выделяют качественные расстройства ощущений, например, синестезию — возникновение ощущение в одном из анализаторов после раздражения другого анализатора.

Другой разновидностью патологических изменений ощущений являются парестезии, которые проявляются неприятными ощущениями онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек и др. Они могут возникать в различных частях тела, иметь тенденцию к перемещению. Могут иметь место вкусовые парестезии, хотя большинство из них затрагивает тактильную чувствительность.

**13. Патология воприятия. Виды**

Процесс восприятия демонстрирует субъективное психическое отражение предметов и явлений объективной действительности. Восприятие отражает предмет или явление в целом, в совокупности свойств. Основных свойств образа насчитывается четыре: предметность, целостность, константность и категориалъность.

Восприятия, также как и ощущения распределяются по органам чувств: зрительные, слуховые, вкусовые, осязательные, обонятельные. Особо в клинической психологии выделяется восприятие человеком времени, которое может существенно изменяться под влиянием различных патологических состояний и болезней. Не менее значимым является восприятие собственного тела и его частей.

Из специфических и патологических изменений восприятия выделяют: эйдетизм, иллюзии, галлюцинации, дереализационные и деперсонализационные нарушения восприятия, агнозии.

ИЛЛЮЗИИ — это отклонения восприятия конкретного воспринимаемого объекта по форме, цвету, величине, консистенции, константности, удаленности от воспринимаемого. Зрительные иллюзии проявляются в виде искажения зрительного образа. Особо выделяют парейдолические иллюзии, при которых происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных воспринимаемых особенностей объекта. К особому виду зрительных иллюзий относят дереализационные расстройства, при которых существенно изменяется восприятие объектов. К ним относятся:

МИКРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

МАКРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

ДИСМЕГАЛОПСИЯ — расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученность вокруг оси окружающих предметов.

ПОРРОПСИЯ — расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от больного при неизменных размерах самого объекта.

Слуховые иллюзии характеризуются нарушением восприятия реальных шумов, звуков, которые могут восприниматься как речь или иные звуки. Вкусовые иллюзии проявляются видоизменением обычного для объекта вкуса, обонятельные иллюзии — запаха. В клинической практике нередки появления осязательных (тактильных, болевых, температурных) иллюзий. Обычно появлению иллюзий способствуют какие-либо физиологические или психологические (аффективные) особенности.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — восприятия, возникающие без наличия реального объекта, сопровождающиеся убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует. Возникают вне зависимости от существования объекта и в подавляющем большинстве случаев сопровождаются убежденностью больного в реальности галлюцинаторных образов. Зрительные и слуховые галлюцинации разделяются на простые (фотопсии восприятие ярких вспышек света, кругов, звездочек; акоазмы — восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача) и сложные (вербальные — восприятие членораздельной фразовой речи).

Существенным для диагностического процесса представляется разделение галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации), дифференциально-диагностические критерии. Следует обратить внимание на один из основных критериев дифференциации истинных и ложных галлюцинаций — реальность проекции галлюцинаторного образа.

ЭЙДЕТИЗМ — след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

К особым разновидностям нарушений восприятия относят:

СЕНЕСТОПАТИИ — разнообразные неприятные, трудно поддающиеся больным описанию ощущения в различных частях тела, воспринимаемые как мигрирующие образы.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ — искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

Деперсонализацию (аутометаморфопсию) разделяют на парциальную и тотальную. При парциальной происходит нарушение восприятия отдельных частей тела, при тотальной — всего тела.

Нередкими в клинике неврологических и психических заболеваний являются нарушения восприятия времени. Выделяется несколько нарушений восприятия времени (Н.Н.Брагина и Т-АДоброхотова):

«Остановка времени». Мгновенное ощущение того, будто время «остановилось». Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Цвета в восприятии больного становятся тусклыми; объемные, трехмерные предметы — плоскими, двухмерными. Больной при этом воспринимает себя будто утерявшим связи с внешним миром, окружающими людьми.

«Растягивание времени». В ощущениях больного время переживается как «растягивающееся», более долгое, чем привычно ему по прошлому опыту.

«Утрата чувства времени». Ощущение, раскрываемое больным в других выражениях: «времени будто бы нет», «освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное восприятие всего мира. Предметы и люди кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных — «более приятными».

«Замедление времени». Ощущение, будто время «течет более медленно». Восприятие всего мира, движений людей и предметов изменяется.

«Ускорение времени». Ощущение, противоположное предыдущему. Больному время представляется текущим более быстро, чем было ему привычно по прошлым восприятиям.

«Обратное течение времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я» больного. Интересна грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду — минуту назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно».

**14. Характеристика расстройств внимания**

Под познавательным процессом, обозначаемым вниманием понимается направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности. Внимание характеризуют также, как процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы чувств при одновременном игнорировании другой.

В соответствии с характером подкрепления процесса внимания волевой деятельностью выделяют непроизвольное и произвольное внимание.

На процесс внимания существенное влияние оказывают три фактора: 1) тип высшей нервной деятельности — темперамент; 2) навыки и умения в данной сфере и 3) заинтересованность человека в той или иной деятельности (аффективная вовлеченность), требующей сосредоточенности.

Внимание обладает пятью основными свойствами: устойчивостью, сосредоточенностью, переключаемостью, распределением и объемом.

Из патологических проявлений процесса внимания следует указать на такие, как неустойчивость, недостаточная концентрация, нарушение распределения, замедленность переключения, рассеянность.

На уровне клинических проявлений в детской практике выделяется синдром дефицита внимания. В него включаются следующие клинические признаки:

1. Беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, корчатся, «извиваются»).

2. Невозможность спокойно сидеть на месте, когда это требуется.

3. Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.

4. Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).

5. Склонность отвечать не задумываясь, не выслушав до конца вопроса.

6. Сложности при выполнении предложенных заданий (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением).

7. Сложности сохранения внимание при выполнении заданий или во время игр.

8. Частый переход от одного незавершенного действия к другому.

9. Невозможность играть тихо и спокойно.

10.Болтливость.

11. Склонность мешать другим, «приставать» к окружающим (например, вмешиваться в игры других детей).

12. Внешние проявления несосредоточенности на обращенную к человеку речи.

13. Склонность терять вещи необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.).

14. Частое совершение опасных действий (недоучет последствиях). При этом ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам.

Учитывая тот факт, что выделение внимания в самостоятельный познавательный процесс многими учеными ставится под сомнение среди психопатологических и патопсихологических проявлений симптомы и синдромы нарушения внимания представлены достаточно скудно.

**15. Расстройства памяти. Виды**

Память — это форма психического отражения действительности, заключающаяся в запоминании, удерживании, воспроизведении и забывании информации. У человека выделяют произвольную и непроизвольную; опосредованную и логическую; зрительную, слуховую, обонятельную, двигательную, вкусовую и осязательную, долговременную и оперативную память.

Выделяют следующие расстройства памяти:

АМНЕЗИИ — расстройство памяти в виде нарушения способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Как видно из определения амнезии, все три мнестических процесса могут нарушаться в рамках амнестических расстройств. При нарушении процесса запоминания возникает фиксационная амнезия, разновидностью которой является перфорационная амнезия. Фиксационная амнезия характеризуется нарушением запечатления получаемой человеком информации, резко ускоренным процессом забывания. При перфорационной — информация фиксируются частично, часть ее не запечатлевается. Иногда подобное нарушение называют палимпсестами (утратой способности воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду интоксикации).

Нарушение процесса хранения и воспроизведения приводит к появлению «провалов памяти» — ретроградной, антероградной, ретроантероградной амнезии .

Под ретроградной амнезией понимается нарушение памяти, при котором невозможно воспроизведение информации, приобретенной до возникшего с пациентом эпизода нарушенного сознания. При антероградной амнезии трудности воспроизведения затрагивают время после эпизода нарушенного сознания. При антероретроградной — оба периода времени.

При снижении памяти говорят о гипомнезии, а при повышении памяти — гипермнезии. Гипомнезия сопровождает депрессивный спектр симптомов, а гипермнезия — маниакальный (например, эйфорию).

Наиболее типичными психопатологическими мнестическими расстройствами являются парамнезии, к которым относят:

КОНФАБУЛЯЦИИ — обманы памяти, при которых неспособность запечатлевать события и воспроизводить их приводит к воспроизведению вымышленных, не имевшие места событий.

ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ - нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется ЭКМНЕЗИЕЙ — «жизнью в прошлом»).

КРИПТОМНЕЗИИ — расстройства памяти, при которых больной присваивает чужие мысли, действия себе.

Среди законов формирования мнестических расстройств наиболее известным считается закон Рибо, в соответствии с которым нарушения (утрата) памяти (также как и ее восстановление) происходят в хронологическом порядке — вначале утрачивается память на наиболее сложные и недавние впечатления, затем — на старые. Восстановление происходит в обратном порядке.

В психиатрической клинике у больных после черепно-мозговых травм, опухолей головного мозга, гематом нередко встречается Корсаковский амнестический синдром, который включает в себя фиксационную амнезию и парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции). Часто у больных с амнестическим синдромом нарушается ориентировка в месте и времени.

**16. Расстройсва содержания идеи**

Мышлением называется процесс опосредованного и обобщенного познания объективной реальности.

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

НАВЯЗЧИВЫЕ ИДЕИ — мысли, представления, воспоминания, возникающие помимо воли больного при полной критической оценке чуждости и болезненности.

СВЕРХЦЕННЫЕ (ДОМИНИРУЮЩИЕ) ИДЕИ - идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним.

БРЕДОВЫЕ ИДЕИ — суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Выделяют две разновидности бредовых идей, различающихся механизмами формирования бреда: интерпретативный бред и образный бред. При первом патологические идеи (суждения и умозаключения) возникают в результате нарушений логики на всех этапах бредообразования; при втором — бред проистекает из расстройств восприятия (патологических образов и представлений).

**17. Расстройства ассоциативного процесса**

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

РАЗНОПЛАНОВОСТЬ — расстройство мышления, при котором отмечается формирование суждений, исходя из разных принципов.

ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ — расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

ПЕРСЕВЕРАЦИЯ — расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

РЕЗОНЕРСТВО — «бесплодное мудрствование» (рассуждение ради рассуждения).

**18. Расстройства интеллекта**

Интеллектом в психологии называется система всех познавательных способностей индивида и, в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности. Выделяется три формы интеллектуального поведения: 1) вербальный интеллект, включающий запас слов, эрудицию, умение понимать прочитанное; 2) способность решать проблемы; 3) практический интеллект, составными частями которого являются умение адаптироваться к окружающей обстановке.

Выделяют три формы организации интеллекта: здравый смысл, рассудок и разум. Под здравым смыслом подразумевают процесс адекватного отражения реальной действительности, базирующийся на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления. Рассудком обозначается процесс познания реальности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовок мотивов деятельности участников коммуникации. Разум — это высшая форма организации интеллекта, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческого преобразования действительности.

Наиболее яркими симптомами и синдромами расстройств интеллектуальной деятельности являются признаки деменции и умственной отсталости.

ДЕМЕНЦИЯ — психопатологический синдром, включающий снижение интеллекта в силу нарушения высших корковых функций, памяти, внимания, мышления и проявляющийся нарушениями ориентировки, способности к обучению.

УМСТВЕННАЯ ОСТАЛОСТЬ — состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениям способностей обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

**19. Нарушение сознания. Виды**

Сознание — еще одна интегративная сфера психической деятельности, которая, наряду с волевой и интеллектуальной, выходит за рамки отдельного познавательное процесса. По определению, сознание есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям. Считается, что сознание обладает такими характеристиками, как: воображение и рефлексия.

В прикладном аспекте сознание человека оценивается на основании осознания им себя (собственной личности) — идентификации осознания пространства и времени, в котором в данный момент он существует. Характеристика патологии сознания исходит именно из данной характеристики.

К.Ясперс противопоставлял сознание собственного «Я» предметному сознанию и выделил четыре формальных признака самосознания, нарушение которых является типичным для психической патологии: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства в каждый момент времени; 3) осознание собственной идентичности и 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Расстройства сознания разделяют на две группы: состояния выключенного и расстроенного сознания. К первым относят обнубиляцию, сопор и кому, различающиеся лишь выраженностью нарушения сознания (при коме сознание утрачивается полностью); ко вторым — делирий, аменцию, онейроид и сумеречное расстройство сознания, при которых, наряду с нарушением собственно сознания и самосознания, отмечаются расстройства и других познавательных процессов .

Дифференциально-диагностические критерии расстройств сознания

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинические параметры | Делирий | Онейроид | Аменция | Сумеречное расстройство |
| Нарушения ориентировки | в месте,  времени | в месте,  времени  и собственной  личности  (при истинном) | в месте,  времени, собственной личности | в месте,  времени |
| Преобладающие расстройства восприятия | яркие зрительные истинные  галлюцинации  и иллюзии | фантастические зрительные и слуховые псевдогаллюцинации | отрывочные слуховые истинные и псевцогаллю-цинации | яркие зрительные и слуховые истинные галлюцинации |
| Преобладающие расстройства мышления | бредовые идеи  преследования, отношения | фантастические бредовые идеи величия, воздействия | бессвязность, инкогеренция, отрывочные идеи преследования | бредовые идеи преследования |
| Преобладающие аффективные расстройства | тревога,  страх | эйфория, благодушие, "зачарованность" | аффект недоумения, смена аффекта | дисфория |
| Расстройства памяти | амнезия отсутствует | гипомнезия | амнезия | амнезия |
| Длительность | часы | сутки | сутки, недели, минуты, часы |  |
| Выход из состояния | постепенный с резидуальными явлениями | постепенный | постепенный | резкий |

**20. Симптомы патологии эмоций**

Эмоциями называются психические процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на индивида явлений и ситуаций. Возникновение эмоций происходит либо вследствие удовлетворения или неудовлетворения каких-либо потребностей человека, либо в связи с расхождением ожидаемых и реальных событий.

Эмоциональные переживания могут отличаться друг от друга в зависимости от интенсивности, модальности, длительности, соответствия или несоответствия вызвавших их причин.

Наряду с эмоциями, т.е. переживаниями, связанными с непосредственным отражением сложившихся отношений, выделяют глубокие и длительные переживания, связанные с определенным представлением о некотором объекте — чувства.

ДЕПРЕССИЯ (депрессивный синдром) — пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

МАНИЯ (маниакальный синдром) — повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающаяся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

ЭЙФОРИЯ — повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение.

ДИСФОРИЯ — злобно — гневливое настроение.

АПАТИЯ — состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

СЛАБОДУШИЕ — эмоциональная гиперестезия.

ПАРАТИМИЯ — неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

СТРАХ — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне — страх острых предметов, животных и т. д.).

ТРЕВОГА — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется во вне — тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).

ТОСКА — тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).

БЕСПОКОЙСТВО — чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

ЧУВСТВО ПОТЕРИ ЧУВСТВ - мучительное чувство бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствования.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ — одновременное сосуществование противоположных чувств.

Немаловажным для клинической практики считается симптом алекситимии — затруднении или неспособности точно описать собственные эмоциональные переживания.

Под ангедонией понимается утрата человеком чувства радости, удовольствия. Как правило, ангедония входит в структуру депрессивно-деперсонализационного синдрома. К числу повышенно значимых для эффективного проведения лечебного процесса относится такое эмоциональное переживание как эмпатия- способность человека точно распознать эмоциональное состояние собеседника и сопереживать ему. Эмпатию можно назвать эмоциональной отзывчивостью. При попытке описать ровное настроение нередко используют термин синтонностъ; при повышенной чувствительности, проявляющейся легкой ранимостью, говорят об эмотивности.

Особо следует остановиться на эмоциональных переживаниях, возникающих вследствие рассогласования прогноза и реальности. Суть их заключается в том, что человек часто ожидает от окружающих определенного стереотипа поведения. Он прогнозирует поступки людей и наделяет те или иные последствия характеристиками желательности и нежелательности. Ожидания (экспектации) однако не всегда оправдываются. Это происходит как вследствие мыслительных особенностей человека (в частности, использования каузальной атрибуции), так и потому, что потребность в удовлетворении какой-либо деятельности блокирует процесс адекватного прогнозирования.

Из эмоциональных переживаний, которые возникают вследствие нарушения экспектационного и антиципационного механизмов, выделяются обида, разочарование, аффект недоумения, удивление и некоторые иные. Считается, что наиболее яркими примерами формирования эмоциональных переживаний вследствие разнонаправленных способов прогнозирования являются обида и удивление. Удивление возникает в случаях, когда реальность превосходит ожидания («думал, что человек обманет, а он поступил благородно»); обида — при обратной закономерности («предполагал, что человек должен быть благодарен и ответить взаимностью, а он поступил неблагородно»).

Наиболее частым симптомом нарушения аффективной сферы в соматической и психиатрической клинике считается страх. Выделяют несколько сотен разновидностей страха, при этом о патологичности или физиологичности страхов говорится довольно условно, поскольку страхи могут являться адекватной, мобилизующей реакцией на реальную угрозу.

**21. Патология воли. Виды**

Волевая сфера в рамках познавательных процессов представлена мотивационным аспектом. При этом существенным является оценка влияния мотивационных процессов и активности личности в познании действительности.

Для клинической психологии важны такие особенности волевой деятельности как: целеустремленность, решительность и настойчивость, которые могут выступать также в виде индивидуально-психологических особенностей.

Мотивацией называется процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленный на удовлетворение потребностей. В мотивационной сферу выделяют несколько параметров: широта, гибкость, и иерархизированностъ (Р.С.Немов).

Наряду с мотивами и потребностями, которые могут выражаться в желаниях и намерениях, побудителем человеческой познавательной деятельности может быть и интерес. Именно данное мотивационное состояние играет наиболее важную роль в приобретении: новых знаний и отражении действительности.

К нарушениям волевой деятельности относится большое количество симптомов и отклонений. Одним из наиболее важных является нарушение структуры иерархии мотивов, часто встречающееся в условиях психической болезни. Суть нарушения заключается в отклонении формирования иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей потребностей.

Другим нарушением считается формирование патологических потребностей и мотивов (Б.В.Зейгарник). В клинике данное нарушение проявляется такими симптомами, относящимися к парабулиям: анорексия, булимия, дромомания, пиромания, клептомания, суицидальное поведение, дипсомания.

АНОРЕКСИЯ — отсутствие аппетита, подавление желания есть.

БУЛИМИЯ — патологическое желание постоянно часто и много есть.

КЛЕПТОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение воровать ненужные данному человеку предметы.

ПИРОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к поджогам.

ДИПСОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к запоям.

ДРОМОМАНИЯ — патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству.

Кроме перечисленных в детской клинике описаны синдромы патологического непреодолимого влечения выдергивать волосы (три-хотилломания), грызть и поедать ногти (онихофагия), считать окна в домах, ступени на лестницах (арифмомания).

Наряду с парабулиями, описаны такие расстройства двигательно-волевой сферы, как:

ГИПЕРБУЛИЯ — нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

ГИПОБУЛИЯ — нарушение поведения в виде двигательной за-торможенности (ступора).

Одним из наиболее ярких клинических синдромов двигательно-волевой сферы считается кататонический синдром. Он включает в себя несколько симптомов:

СТЕРЕОТИПИИ — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ - внезапные, бессмысленные нелепые акты без достаточной критической оценки.

НЕГАТИВИЗМ — проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействия извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

ЭХОЛАЛИЯ, ЭХОПРАКСИЯ - повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии.

КАТАЛЕПСИЯ («симптом восковой гибкости»)- застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

**22. Характеристика астенического синдрома**

Астенический синдром - сочетание слабости, раздражительности, повышенной чувствительности, истощаемости, возбудимости, навязчивости (см. выше), фобии (см. выше), истерические состояния - состояния с выраженной эмоциональной лабильностью, театральностью, внушаемостью, порой - вспышками бурного возбуждения со слезами, заламыванием рук и истерическими припадками, функциональными расстройствами, разнообразными по природе (истерические параличи, боли, слепота, немота, глухота и т. д.). Истерический припадок в классическом описании сегодня встречается очень редко. Больной постепенно опускается на пол, никогда не получает повреждений, непроизвольные движения представлены не судорогами, но разнообразными, выразительными движениями. В выраженных случаях больные образуют телом дугу, опираясь о пол пятками и затылком. Реакция зрачков на свет сохранена.

**23. Характеристика психоорганического синдрома**

Развивается в результате органического поражения головного мозга при травмах, атеросклерозе сосудов мозга, интоксикациях, опухолевых процессах в мозге. Синдром складывается из нарушений памяти (нарушение запоминания, рассеянность, выпадение воспоминаний недавнего прошлого), ослабления понимания (слабость суждения, персеверации), аффективной лабильности и недержания аффекта (повышенная раздражительность, вплоть до внезапных вспышек гнева, с возможными агрессивными действиями, или напротив, благодушие, эйфория). Возможны отдельные бредовые идеи малого размаха, направленные на ближайшее окружение, систематизированные, но примитивные, как правило, связанные с ущербом (украли ботинки), преследованием (подслушивает соседка). Возможны галлюцинации, обычно слуховые, вербальные. Как правило, очень трудно по клиническим проявлениям достоверно указать локализацию очага поражения. Всегда отмечаются неврологические симптомы.

**24. Характеристика аффективных синдромов**

Включают маниакальный синдром, характеризующийся гипертимией, ускорением мышления, повышенной деятельностью, и депрессивный синдром, характеризующийся гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью (в чистом виде).

Рассмотрим явные психотические эпизоды, диагностируемые как аффективные психозы, при них не нарушены границы «я» и идентификация, нет спутанности и дезинтеграции, но имеют место следующие важные аспекты или свойства:

а) они связаны с утратой объекта и сопровождаются непереносимой душевной болью;

б) при них изменяется самооценка (в смысле полярных понятий «большой-маленький», «сильный-слабый», «хороший-плохой»);

в) для них характерно чувство вины во взаимосвязи с очень интенсивной агрессией, как следствие утраты объекта и (или) фрустрации, приводящей к самоунижению.

**25. Характеристика невротических и неврозоподобных синдромов**

Невроз - психогенное (остро возникшее или являющееся результатом хронического воздействия психотравмирующей ситуации) психическое расстройство, проявляющееся специфическими клиническими феноменами, характеризующимися обратимостью, связью с психической травмой, доминированием аффективных и вегетативных расстройств при отсутствии психотической симптоматики. Неврозоподобное состояние - несмотря на сходство с неврозом отличается скудностью симптомов, отсутствием связи с психотравмой, стереотипным развитием.

**26. Эпилепсия - как психическое расстройство**

Эпилепсия – это обычно хронически протекающее заболевание, характеризующееся наличием пароксизмальных расстройств, эпизодически возникающих расстройств в сознании, настроении. Заболевание в большинстве случаев приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. На отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Этиология эпилептической болезни не установлена. Большинство исследователей считают, что в происхождении заболевания большое значение принадлежит наследственному фактору, кроме этого значительная роль в этиологии эпилепсии отводится экзогенным вредным факторам (внутриутробным и ранним постнатальным органическим повреждениям головного мозга, особенно токсико-аллергическим и травматическим).

Распространенность эпилепсии среди населения примерно 0,3-0,6%. Более половины людей заболевают в возрасте до 15 лет.

Один из характерных признаков эпилепсии – судорожный припадок. Обычно припадок начинается внезапно. Иногда за 1-2 дня до припадка появляются предвестники: плохое самочувствие, раздражительность, головная боль и т.д. Во время так называемого большого припадка больной теряет сознание, падает, у него начинаются тонические судороги (резкое напряжение мышц туловища и конечностей). Затем начинаются клонические судороги (сильные толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища). Длительность припадка – 3-4 минуты. После припадка появляется чувство вялости и сонливости. Во время припадка зрачки не реагируют на свет.

Перед судорожным припадком может иметь место аура. Аура по своим проявлениям разнообразна у разных больных. Однако у одного и того же больного она как правило носит стереотипный характер. По анализу содержания ауры психиатр косвенно может определить область мозга, в которой начинается разряд. Выделяют несколько типов ауры – сенсорную, вегетативную, моторную, психическую, речевую и сензитивную. Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одного-двух раз в год.

Помимо типичных судорожных припадков бывают атипичные, которые проявляются полным отсутствием судорожных компонентов:

малые припадки характеризуются потерей сознания на несколько минут, при этом больной не падает;

сумеречное состояние сознания – более или менее глубокое помрачение сознания, нарушение ориентировки, наличие бреда, галлюцинаций, иллюзий устрашающего характера;

амбулаторный автоматизм – на фоне сумеречного состояния сознания больной может производить достаточно сложные упорядоченные действия. Сюда относится сомнамбулизм (лунатизм).

Характерные изменения личности при эпилепсии

Изменения личности по эпилептическому типу – это тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления, невозможность отличить главное от второстепенного, дисфории (приступы расстройств настроения, чаще склонность к злобно-тоскливому).

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Следует отметить полярность аффекта – сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости). Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

Во время патопсихологического исследования больных эпилепсией изучается мышление (динамика, операции), память, внимание, врабатываемость, переключения. Мышление у больных эпилепсией тугоподвижное, вязкое. Больные затрудняются выполнить любые пробы на переключение. Использование таблиц Шульте выявляет замедление темпа психической деятельности (брадикардия). Время отыскивания чисел на одной таблице увеличивается до 1,5-2,5 минут и более. При этом не отмечается истощаемости, если нет соматизации. Особенно выражены затруднения в работе с модифицированной таблицей Горбова. В методиках "исключения предметов", "классификация", "аналогии" больные затрудняются дифференцировать главные и второстепенные признаки. Отмечается фиксация внимания на конкретных малосущественных деталях. В результате испытуемые затрудняются устанавливать сходство на основе родовой принадлежности. При описании рисунков, пересказе текстов, установлении последовательности событий по серии сюжетных картин отмечается чрезмерная детализация ассоциаций, обстоятельность суждений. В ассоциативном эксперименте отмечается увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение названий одних и тех же предметов, инертность установки (например, когда больной отвечает, то только прилагательными). В результате оскудения словарного запаса больные образуют антонимы, прибавляя частицу "не". Особенно выражено затруднение при предъявлении абстрактных понятий. Часто речь больных изобилует уменьшительно-ласкательными суффиксами, замедлен темп речи. Резонерство при этом заболевании отличается патетичностью, поучительностью, переоценкой своего жизненного опыта, банальностью ассоциаций, шаблонами в мышлении. Больные часто включают себя в ситуации (например, при рисовании пиктограмм и т.д.), не понимают юмора (серия рисунков Х. Бидструпа), что свидетельствует об эгоцентризме, недостаточности осмысления переносного смысла, подтекста. У больных отмечается снижение памяти, кривая запоминания "10-ти слов" носит характер "плато". Снижение уровня обобщения пропорционально снижению памяти.

**27. Шизофрения. Психодиагностические методики**

В переводе с греческого shiso – расщепляю, frenio – душа. Это психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение, искажение психических процессов). Часто прогрессирование болезни приводит к разрыву прежних социальных связей, снижению психической активности, значительной дезадаптации больных в обществе. Современная систематика форм течения шизофрении:

непрерывнотекущая шизофрения,

приступообразно-прогредиентная (шубообразная);

рекуррентная (периодическое течение - наиболее благоприятный вариант).

По темпу течения процесса выделяют:

малопрогредиентную;

среднепрогредиентную;

злокачественную.

Встречаются в двух полярных проявлениях - в форме кататонического возбуждения, протекающего на фоне растерянности с ярким проявлением манерности, бессвязной или вербигерированной речи, нарушений мышления, импульсивных движений, и в форме кататонического ступора с восковидной гибкостью, негативизмом или мышечным оцепенением.

Расстройствами личности в клинической психологии обозначают ряд клинически значимых состояний отклоняющихся поведенческих типов и проявляющихся в дезадаптации, тотальности и стабильности патологических черт. Личностные расстройства правильнее называть характерологическими, вследствие преобладания именно патологии характера. Однако, по традиции и с целью отграничения 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 отсутствии в структуре расстройств личности существенных нарушений ощущений, восприятия. внимания, памяти и сознания. Воля и мотивация. Среди нарушений волевой 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 видятся прежде всего в нарушениях побуждений к той или иной деятельности.

Основных нарушений в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки у больных невротическими и личностными расстройствами

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Расстройства | Нарушения целевой структуры деятельности | Нарушения структуры самооценки |
| Невротические | Рассогласованность целевой структуры, тенеденция к гиперразведению реальных и идеальных целей | Рассогласованность подструктур, тенеденция к их гиперразведению |
| Личностные | Недифференцирован-ность целевой структуры, тенденция к сближению реальных и идеальных целей | Рассогласованность подструктур, тенденция к их гиперразведению |

Это положение исходит их постулата, что деятельность должна быть целесообразной, целеобусловленной и целенаправленной. У психопатических личностей (психопатия — устар. название расстройств личности) могут нарушаться все вышеперечисленные процессы.

По мнению Б.В.Зейгарник и Б.С.Братуся, важной характеристикой личностных расстройств является недифференцированность реальных и идеальных целей, неумение объективно оценить возникающую ситуацию, увидеть ее не только в актуальной сиюминутности, но и в развернутой временной перспективе и найти возможность постановки посильных реальных целей, успешное выполнение которых приблизит в будущем к идеальной.

Соотношение основных нарушений в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки у больных невротическими и личностными расстройствами (по Б.С.Братусю) приводится в таблице .

На основании собственных исследований Б.С.Братусь утверждает, что ядерным, патогномоничным для расстройств личности являются нарушения целеобразования, целевой структуры деятельности. При этом страдает уровень реализации, отмечаются тактические и операционально-технические ошибки. Для больных с невротическими расстройствами характерны нарушения в структуре их самооценки и нарушения личностно-смыслового уровня.

Личностный (невротический) конфликт определяется, с одной стороны, высоким представлением о своей ценности, который диктует и завышенные требования к жизни, не позволяет смириться с отсутствием тех или иных благ, с другой, нежеланием прикладывать необходимые усилия для достижения этих благ, что оправдывается отсутствием необходимых характеристик и качеств. Патология становится своеобразным способом решения этого конфликта, смысловым самооправданием. Снятию ответственности служат и вырабатывающиеся способы целеобразования, тесным образом связанные с особенностями самооценки: с одной стороны, больные могут ставить слишком далекие, нереальные, заведомо оторванные от жизни цели; с другой стороны, в конкретной, повседневной деятельности обычно движимы мотивацией избегания неудач, боязнью риска.

Для людей с личностными расстройствами типичным является также прямое следование случайно возникшей ситуации, под непосредственным влиянием внешних условий без учета соответствующего вероятностного прогноза. Такие люди обычно опираются на очень короткий ряд предшествующих последовательностей. В норме он составляет 5-9 сигналов, у пациентов с личностными расстройствами — 2-3 (В.В.Гульдан, В.А.Иванников).

Неврозами, или невротическими расстройствами в современной психологической и психиатрической литературе называют функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на значимые психотравмирующие события (конфликты) и обусловленные несовершенством механизмов психологической защиты и антиципационной несостоятельностью. При неврозах выявляются разнообразные симптомы, затрагивающие нарушения практически всех познавательных процессов. Часть из них являются патогномоничными и определяющими развитие невротических расстройств, другая часть отражает изменения, обусловленные самой болезнью.

Внимание. Расстройства внимания не являются специфичными для невротических расстройств. Их появление связано с основные проявлениями болезни. Как правило, клинически и патопсихологически можно заметить нарушение концентрации и устойчивости внимания, быструю истощаемость и замедленность переключения внимания. Клинически расстройства внимания проявляются рассеянностью, невозможностью сосредоточиться на какой-либо деятельности, быстрой утомляемостью. Нарушения внимания входят в структуру астенического синдрома, являющегося типичным проявлением невротических расстройств.

Память. Нарушения памяти являются одними из характерных и частых, но неспецифических проявлений при невротических расстройствах. Как правило, отмечаются нарушения механического запоминания. Другие нарушения памяти описываются лишь как сопутствующие. По мнению, А.М.Вейна и Б.И.Каменецкой, мнестический дефект у больных неврозами связан с патологическими эмоциональными состояниями.

Патопсихологические исследования последних лет (В.Д.Менделевич, В.Т.Плещинская) указывают на тот факт, что наряду с нарушениями процесса запоминания, при неврозах страдают и иные мнестические функции, в частности, воспроизведение и забывание, специфически изменяется соотношение непосредственной и опосредованной памяти. Клиническое исследование пациентов с различными формами невротических расстройств показывает, что для большинства обследованных больных события, вызывающие невроз оказываются неожиданными (неспрогнозированными). Анализ мнестических особенностей психической деятельности больных показывает, что у подавляющего большинства пациентов события, вызывающие невротические расстройства, часто идентичны тем, которые и ранее приводили пациентов либо к ситуационным невротическим реакциям либо сопровождались психосоматическими нарушениями. Парадоксальным оказывается тот факт, что, несмотря на то, что пациентам должен быть известен психотравмирующий характер событий на основании собственного прошлого опыта, они как и прежде исключают наиболее значимое и потенциально психотравмирующее событие из вероятностного прогноза. Оно оказывается вновь неспрогнозированным.

Показательным в этом отношении может служить клиническое наблюдение за пациенткой Н., которая четырежды лечилась в отделении неврозов после однотипной психотравмы — измены супруга. Каждый раз после нормализации семейных взаимоотношений и гарантий со стороны мужа в том, что адюльтер не повторится, она вновь исключала из прогноза психотравмирующий (нежелательный) исход событий, не извлекая опыта из прежних однотипных ситуаций. Анализ случая больной Н. позволяет задаться вопросами о причинах незафиксированности в памяти и неизвлечения пациенткой необходимого опыта из прежних конфликтных ситуаций. Сами пациенты, описывая сходные феномены, указывают, как правило, на тот факт, что они «не помнили», как разрешались прежние конфликтные ситуации и что им предшествовало.

В качестве гипотезы нами было выдвинуто предположение о преобладании специфических особенностей мнестических процессов (характера запоминания) у больных неврозами, опосредованных антиципационными нарушениями. Ряд патопсихологических экспериментов, позволяющих оценить влияние особенностей организации антиципационной деятельности на организацию материала в памяти, подтвердил выдвинутую гипотезу. Изучению подвергался процесс непреднамеренного (непроизвольного) запоминания. Патопсихологический эксперимент по схеме, предложенной Б.ФЛомовым, включал в себя два эксперимента. В первом испытуемый должен был вынимать из урны пронумерованные шары, предварительно предсказывая номер каждого из них. При этом он знал, что в одной серии в урне находились 10 шаров, пронумерованных от 1 до 10, а в другой — 10 шаров, из которых 5 были пронумерованы «единицей», а остальные — по порядку от 2 до 6. Во втором эксперименте в задачу испытуемого входило предсказание выпадения грани игральной кости. В одной серии в его присутствии бросали тетраэдр, грани которого были пронумерованы от 1 до 4; в другой — куб, грани которого были пронумерованы соответственно 1, 1, 1, 2, 3, 4. Протоколировались результаты ряда предсказаний и ряда действительных результатов. Затем испытуемым предлагалось воспроизвести последовательность действительных исходов и собственных предсказаний.

Оказалось, что показатели непреднамеренного запоминания у больных неврозами отличаются от показателей психически здоровых лиц. По результатам первого эксперимента (с шарами) в условиях равновероятного исхода событий пациенты с неврозами примерно одинаково (соответственно 19,6% и 19,2%) воспроизводили как собственные предсказания, так и реальное выпадение шаров (в контрольной группе данные показатели оказались на уровне 29,2% и 22,8%). При неравновероятном исходе событий показатели больных и здоровых практически не различались. Вторая серия экспериментов с тетраэдром и кубом позволила выявить еще большие различия в группах (соответственно при равновероятном — 26,1% и 29,2% у больных при 41,3% и 36,8% у здоровых; при неравновероятном - 35,5% и 32,4% и 52,5% и 35,6%).

Исследование нарушений мнестических процессов при невротических расстройствам указывают на два важных вывода. Первый заключается в том, что у больных неврозами нарушен процесс непреднамеренного запоминания житейских событий. Данное нарушение проявляется в снижении способности запоминать как собственные прогнозы развития ситуаций, так и их фактический ход. Второй вывод указывает на то, что у больных неврозами не обнаруживается столь явной для здоровых тенденции к более полному запоминанию рядов собственных предсказаний по сравнению с рядами действительных событий. Особенно ярко это представлено при равновероятных прогнозах.

Особый интерес представляет факт примерно равного непреднамеренного запоминания собственных прогнозов и действительных событий. Можно допустить две трактовки полученного результата, либо данный мнестический феномен базируется на повышении удельного веса запоминания реальных исходов событий, либо на уменьшении запоминания собственных прогнозов. Данные клинических наблюдений убеждают в том, что второй путь более убедителен — пациенты пропорционально больше, чем здоровые запоминают действительные (реальные) события по сравнению с прогнозируемыми. На этот процесс оказывает влияние и то, что воспоминания носят интенсивный негативный эмоциональный оттенок. В этом состоит сущность невротической «фиксации на препятствии». Т.е. можно отметить специфическую для пациентов «селекцию воспринимаемомой информации» в сторону запоминания невротизирующей реальности, особенно в условиях, когда прогнозирование развития ситуации не совпадает с реальностью. Однако, кататимный механизм не является ведущим в становлении выявленного мнестического феномена. Более адекватной представляется трактовка относительного увеличения непреднамеренного запоминания реальных событий, базирующаяся на нарушении антиципационных процессов. Известно, что эффективность воспроизведения предсказаний зависит от того, подтверждалось или не подтверждалось предсказание, а подтвержденные предсказания у здоровых составляют большую часть воспроизводимого материала. Учитывая тот факт, что у пациентов, страдающих неврозами, расхождение прогнозов с реальностью носит сущностный характер, запоминание собственных предсказаний блокируется их ошибочностью (неэффективностью прогнозирования). Вследствие этого, больной непреднамеренно больше запоминает фактов из действительного развития ситуаций, и у него не происходит адекватного запечатления последовательности событий, что и в дальнейшем не способствует формированию адекватной антиципационной модели будущего.

Мышление. Качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств. Ассоциативный процесс остается, в целом, логически выверенным. При невротической депрессии отмечается замедление мышления; при ананкастических невротических проявлениях появляются обсессии — навязчивые мысли, воспоминания.

Интеллект. На роль интеллекта в генезе неврозов указывают H.J.Eysenck и S.Rachman. Эти авторы на основании экспериментально-психологических исследований рассматривали вопрос о значении уровня интеллекта в развитии неврозов. Для больных неврозами кривая распределения интеллекта, по результатам исследований H.J.Eysenck и S.Rachman оказалась более пологой, чем у здоровых. Иными словами, в группе больных неврозами было гораздо меньше лиц со средним интеллектом, чем в контрольной группе, и на оба крайних отрезка приходился больший процент лиц, страдавших неврозами, чем в контрольной группе. Эти важные данные позволили исследователям сделать вывод о том, что у людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у отклоняющихся от среднего уровня в сторону более высокого и более низкого интеллекта.

Отечественные исследователи, занимавшиеся изучением значения уровня интеллекта и мыслительных способностей для возникновения невротических расстройств, отмечали важность когнитивных механизмов для неврозогенеза. Ф.Б.Березин писал о том, что повышение вероятности возникновения интрапсихических конфликтов при выраженных изменениях в системе человек-среда связано не только с мотивационными, но и с информационными процессами. По его мнению, в необычной среде важное значение приобретает когнитивная (познавательная, связанная с анализом и сопоставлением информации) оценка ситуации и реакция индивидуума на эту оценку. Установление роли когнитивных элементов в развитии стресса позволило утверждать, что истинный медиатор общего адаптационного синдрома по своей природе когнитивен. Несоответствие между когнитивными элементами (когнитивный диссонанс — по L.Festinger влечет за собой возрастание напряженности тем большее, чем более значимо для индивидуума это несоответствие.

Квалификация роли интеллекта в психической травматизации представлена в работах Г.К.Ушакова, который поддерживает точку зрения о том, что «принятое положение о том, что ведущим, а подчас и единственным дефектом психики лиц, у которых отмечается склонность к возникновению пограничных нервно-психических расстройств является недостаточность их аффективно-волевой сферы, все больше и больше подвергается пересмотру».

Г.К.Ушаков выдвигал следующее теоретическое обоснование вышеприведенному мнению: «Если принять традиционную установку: психическая травма действует на эмоционально-волевую сферу, вызывая пограничное состояние, то необходимо, во-первых, занимать одностороннюю позицию в анализе психического и личности, а во-вторых, односторонне оценивать содержание и структуру составляющих элементов «ситуации» (обстоятельств жизни). Последняя никогда не адресуется к психике только по каналам, поставляющим эмоционально-волевую информацию. Ситуация всегда сложно преобразуется и в рассудочной деятельности человека. А в таком случае само содержание и качества целостной реакции на ситуацию во многом определяются возможностями полной и адекватной оценки ее индивидуумом».

По мнению S.Bach, интеллектуальная сфера и познавательные процессы невротиков характеризуются рядом особенностей, к которым можно отнести общую низкую способность к обучению и усвоению нового. Кроме вышеперечисленных позиций хорошо известно, что E.Bleuer в свое время воспользовался понятием «относительное слабоумие» для обозначения практической беспомощности невротиков и психопатов при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта. При этом он подчеркивал контраст между формально высоким интеллектом и беспомощностью в решении практических жизненных задач, связанной с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений. Т.е. можно говорить, что интеллектуальная деятельность в сфере обыденных отношений, основанная на здравом смысле и разуме препятствует формированию невротических расстройств, тогда как противоположные ее основания способствуют возникновению неврозов.

Особо отметим роль антиципационных способностей, входящих в структуру т.н. коммуникативных способностей человека. Этиопатогенез невротических расстройств в соответствии с антиципационной концепцией неврозогенеза (В.Д.Менделевич) неразрывно связан с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», условно названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совпадающего поведения.

И даже, если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом. Адаптивное значение для преодоления трудных жизненных ситуаций имеют такие стратегии как «антиципирующее совладание» и «предвосхищающая печаль», которым для большей продуктивности должен быть предоставлен определенный промежуток времени. По мнению А.В. Брушлинского, имеется отчетливая связь саморегуляции и предвосхищающих форм мышления.

Выделение антиципационных способностей в структуре интеллекта в приведенной выше интерпретации не является традиционным. Даже о прогностических способностях как психофизиологических характеристиках имеются в литературе лишь отдельные упоминания, что связано, в первую очередь, с рассмотрением процессов вероятностного прогнозирования, как правило, с позиций психофизиологии. Однако, клинические сравнения и результаты патопсихологических экспериментов больных неврозами и «неврозоустойчивых личностей» дают основание с большей уверенностью говорить о психосоциальных корнях антиципационных способностей коммуникативного уровня.

Известно, что на уровне животного мира прогрессивная эволюция возможна только в том случае, если животные имеют возможность подготовиться к предстоящим событиям. Сходное предположения можно также признать верными и в случае с человеческой личностью: развитие в процессе социализации человека антиципационных способностей эволюционно обусловлено. Оно направлено на упреждение запредельных для психики переживаний, на более полноценную и качественную адаптацию личности к социуму.

Эмоции. Эмоциональные расстройства являются основными в квалифицировании тех или иных форм невротических расстройств. Из аффективных симптомов и синдромов наиболее часто отмечаются депрессия, астения и слабодушие, страхи и фобии, ангедония, тоска и тревога. Эмоциональные феномены представлены обидой, разочарованием, аффектом недоумения, гневом.

Воля и мотивация. Потребностно-мотивационный аспект изучения неврозогенеза и клиники невротических расстройств, как известно, был присущ фрейдизму. З.Фрейд отстаивал точку зрения о биологичности, конституциональности характера потребности (в его представлении — сексуальной), блокирование которой в условиях общественной жизни с морально-нравственными регламентациями и фатальностью приводит личность к неврозу. Так, К.Нотеу на основе эмпирического анализа собственной психотерапевтической практики описала десять «невротических» потребностей. Их «аномальность» заключена как в их содержательной противоречивости, так и в формальных характеристиках структуры и способов реализации: навязчивой компульсивности, низкой степени осознанности и подконтрольности, а также присущей всей системе невротических потребностей принципиальной ненасыщаемости. Не перечисляя все десять потребностей, отметим лишь некоторые из них:

• потребность в любви и одобрении; особенностью реализации этой потребности невротиком является ее «всеядность» в отношении объекта любви — желание быть любимым всеми и каждым, а в сущности, полное безразличие к партнеру, рассматриваемому как «вещь» или «товар» (E.Fromm);

• потребность в поддержке, стремление иметь сильного и опекающего партнера, который избавит от страха покинутости и одиночества. Невротик никогда не уверен, что его действительно любят, и всегда стремится «заработать» любовь, как в детстве послушный ребенок примерным поведением стремится заслужить родительскую похвалу. Отсюда повышенная зависимость от объекта любви и превентивное «бегство» в независимость;

• потребность властвования, доминирования, лидерства может распространяться на все сферы жизни независимо от того, обладает ли человек достаточной компетентностью для достижения первенства. Отсюда сосуществование противоположных тенденций:

постоянного стремления «все выше, и выше, и выше...» и чувства неуверенности в себе, желание властвовать, но при этом отказ от принятия на себя ответственности за бремя власти;

• потребность в публичном восхищении, признании, которые становятся мерилами самоценности.

По данным E.J.Phares, K.C.Wilson, N.M.Klyver подтверждается преобладание у невротика «внешнего локуса контроля», «полезависимости», а также феноменов «внешней мотивированности» во всех сферах жизни. Это свидетельствует о том, что невротическая структура потребностей определяет и другие формально-стилистические особенности личности. Невротики чрезвычайно зависимы от мнений и оценок значимых других, конформны в отношении общепринятых традиций и авторитетов (H.A.Witkin); повышенно тревожны и уязвимы в ситуации неуспеха, даже в случае успеха избирают стратегию низких или средних целей, так как успех приписывают не собственным способностям, а везению (A.Beck). Неспособность влиять на ход событий делает таких людей легко подверженными депрессии; Я-концепция характеризуется полярными качествами — ригидностью или нестабильностью образа Я и самооценок, низким уровнем самоуважения и самоприятия.

По мнению Е.Т.Соколовой существует еще две важные особенности невротических потребностей. Первая из них связана с общей направленностью личности невротика — его эгоцентризмом и «потребительской» ориентацией. «Если обладание составляет основу моего самосознания, ибо «я — это то, что я имею», то желание иметь должно привести к стремлению иметь все больше и больше» — писал Э.Фромм. И далее:...алчному всегда чего-то не хватает, он никогда не будет чувствовать полного «удовлетворения»... алчность ...не имеет предела насыщения, поскольку утоление такой алчности не устраняет внутренней пустоты, скуки, одиночества и депрессии». Иными словами, потребности невротика не обладают устойчивой опредмеченностью, а следовательно, существуют скорее в форме навязчивого влечения, чем социально опосредованного зрелого мотива.

Другая особенность потребностей (открывающаяся, как правило, только в процессе психотерапии или проективного исследования), по мнению Е.Т.Соколовой, состоит в их удивительной способности к трансформации, защитной мимикрии. Угроза фрустра-ции или нежелательных социальных санкций, или сложившимуся образу Я порождает «реактивные образования» — потребности — «перевертыши». Так, фрустрированная потребность в любви может выступить в сознании в виде прямо противоположного чувства — враждебности, отвержения.

В мотивационном аспекте существенным для познания процессов неврозогенеза может считаться понятие А.Н.Леонтьева об «одно- или многовершинность» мотивационной сферы. Так, «одновершинность» мотивационной сферы в сочетании с узостью содержания ведущей деятельности может в некоторых случаях привести при тяжелом заболевании к ипохондрическому развитию личности, создать сложности при построении системы замещающей деятельности. В то же время многовершинность мотивационной сферы создает большие возможности для замещения, построения новой ведущей деятельности. Вместе с тем иногда наблюдается и такое явление: при условии неполного осознания болезни широта, многовершинность мотивационной сферы несет в себе опасность некритического отношения к своему состоянию. Некритичность не позволяет заболевшему человеку овладеть своими многочисленными побуждениями, «пожертвовать» некоторыми из них. Таким образом, возникает проблема формирования контроля за своим поведением, проблема формирования-опосредования.

В потребностно-мотивационный аспект проблемы невротических расстройств позволительно включить и исследования В.С.Ротенберга и В.В.Аршавского по оценке роли так называемой поисковой активности, отражающей определенные волевые качества человека, в патогенезе невротических и психосоматических расстройств. Выдвинутая авторами концепция поисковой активности включает в себя и анализ невротически измененной поисковой активности, причем невроз понимается авторами как следствие неразрешенного интрапсихического мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты. Именно в последнем параметре усматривается существо вопроса: фактический отказ от поиска способов реализации вытесненного мотива приводит к невротическому типу реагирования. По мнению В.С.Ротенберга и В.В. Аршавского невротическая тревога представляет собой результат специфического отказа от поиска, когда невротические механизмы защиты выступают в роли своеобразной психологической компенсации. Так же, как и в случае, к примеру, с ипохондрией и фобиями. Возникновение таких невротических расстройств, как ипохондрия и фобии, открывает для человека возможность активных целенаправленных действий. Он может искать у врачей помощи от своих заболеваний, обследоваться, соблюдать режим жизни и лечения, избегать ситуаций, вызывающих страх. Таким образом, при формировании этих невротических расстройств появляется возможность для поисковой активности, которую В.С.Ротенберг и В.В.Ар-шавский называют вторичной. В отличие от нормального поиска невротический поиск направлен не на изменение самой неприемлемой ситуации или отношения к ней. Этот поиск направлен только на устранение последствий самой ситуации, т.е. тревоги. Он не исключает отказа от поиска (вытеснения), а сосуществует с ним. Поиск в рамках невротического состояния не направлен на устранение ситуации, т.е. на решение невротического конфликта. Тем не менее есть все основания предполагать, что эта своеобразная поисковая активность выполняет в какой-то степени защитную функцию по отношению к соматическому здоровью.

В рамках мотивационного аспекта можно отметить и существенный для неврозогенеза диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами, становящийся дополнительной причиной интрапсихического конфликта и еще одним источником невроза. Все это многообразие сведено к нескольким основным типам:

1. Конфликт типа желаемое-желаемое (аппетенция-аппетенция) имеет место в том случае, если индивидуум должен выбирать одну из двух равно желаемых потребностей. Субъект при этом испытывает одинаково выраженную потребность реализовать обе возможные линии поведения. Хотя обе они оцениваются как желаемые, необходимость пожертвовать одной из них обусловливает фрустрирующий характер ситуации.

2. Конфликт типа нежелаемое-нежелаемое (аверсия-аверсия) связан с необходимостью выбора между двумя равно нежелательными возможностями. При этом имеются конкурирующие потребности избежать каждой из альтернатив, одна из которых неизбежно фрустрируется.

3. Конфликт типа желаемое-нежелаемое (аппетенция-аверсия) обычно описывается как стремление индивидуума к какой-либо цели, от достижения которой его удерживает страх или иной отрицательный стимул, ассоциирующийся с желаемой целью или ее окружением (Сh.N.Соfеr, М.Н.Арр1еу) т.е. как конкуренция между равно выраженными потребностями достичь цели и избежать связанного с ней же отрицательного стимула.

Изучение конфликта аппетенция-аверсия у лиц, находящихся в однотипной фрустрирующей ситуации, по мнению Ф.Б.Березина, позволяет считать, что его можно представить как конфликт между путем и результатом. При таком подходе выделяются два варианта этого типа конфликта. При первом конфликт определяется необходимостью выбора между потребностью достичь какого-то результата ценой нежелательных переживаний и потребностью избежать этих переживаний, которая удовлетворяется только ценой отказа от результата. Поскольку в этом случае нежелаемое предшествует желаемому, такой вариант конфликта — нежелательный путь к желаемому результату — обозначается как конфликт аверсия-аппетенция. При втором варианте потребность реализуется непосредственно благодаря определенной форме поведения, а нежелаемые являются отрицательными последствия, представляющие собой предвидимый (хотя и отдаленный) результат этой формы поведения. Такой вариант конфликта обозначается как желаемый путь к нежелаемому результату, как конфликт аппетенция-аверсия.

Потребностно-мотивационный аспект невротических расстройств и изучения неврозогенеза отражает повышенную значимость эмоционально-волевого комплекса. Это положение подтверждается разработкой так называемых мотивационных теорий личности, которые, с одной стороны, исследуют процессы личностного роста, гармонизации и адаптации психически здоровой личности, с другой, пытаются ответить на вопрос о механизмах дисгармоничного развития личности, причинах и факторах, вызывающих невротические изменения поведения.

Сознание и самосознание. Нарушений сознания в патопсихологическом и психопатологическом понимании у больных неврозами не обнаруживается. Нельзя говорить о невротических нарушениях, если больной дезориентирован в месте и времени, а также неправильно идентифицирует себя. Типичными могут считаться лишь нарушения процессов самосознания и самооценки. Начиная с работ, выполненных во фрейдистском русле, в частности, с описанного А.Адлером комплекса неполноценности «невротической личности» интерес к этой теме не ослабевает.

В литературе принят термин «Я-концепция», обозначающий «совокупность всех представлений индивида о себе» (R.Waley, M.Rosenberg) Описательную составляющую Я-концепции называют образом Я; составляющую, связанную с отношением к себе или отдельным своим качествам, — самооценкой; совокупность частных самооценок как принятие себя; поведенческие реакции, вызванные образом Я и самоотношением, образуют поведенческую составляющую Я-концепции. Таким образом, самосознание, рассматриваемое со стороны своей структуры, представляет собой установочное образование, состоящее из трех компонентов — когнитивного, аффективного и поведенческого, которые имеют относительно независимую логику развития, однако в своем реальном функционировании обнаруживают взаимосвязь (Е.Т.Соколова).

M.Rosenberg выделил следующие параметры, характеризующие, по его мнению, уровень развития самосознания личности. Во-первых, это степень когнитивной сложности и дифференцированности образа Я, измеряемый числом и характером связи осознаваемых личностных качеств: чем больше своих качеств вычленяет человек и относит к своему Я, чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше уровень его самосознания. По мнению Е.Т.Соколовой степень когнитивной дифференцированности образа Я определяет прежде всего характер связи осознаваемых качеств с аффективным отношением к этим качествам. Низкая дифференцированность характеризуется «сцепленностью», «слитностью» качества и его оценки, что делает образ Я чрезмерно «пристрастным», обусловливает легкость его дестабилизации и искажения под влиянием разного рода мотивационных и аффективных факторов. Степень когнитивной дифференцированности определяет, в какой мере человек «зависим от поля» (G.Witkin), в частности, от прямых и ожидаемых оценок значимых других, способна ли его самооценка отстраиваться, эмансипироваться от оценок других, в какой мере собственная самооценка является той «решеткой», системой эталонов, которая определяет отношение к жизненному опыту и саморегуляции поведения. Во-вторых, эта степень отчетливой выпуклости образа Я, его субъективной значимости для личности. Этот параметр характеризует как уровень развитости рефлексии, так и содержание образа Я в зависимости от субъективной значимости тех или иных качеств. Следует добавить, что и субъективная значимость качеств и их отражение в образе Я и самооценке могут маскироваться действием защитных механизмов. Например, у транссексуалов и лиц с косметическим дефектом кожи, как показали экспериментальные исследования Е.Т.Соколовой, ценность и самооценка своих психических качеств в противовес физическим, телесным оказывается компенсаторно завышенной. В-третьих, это степень внутренней цельности, последовательности образа Я, как следствие несовпадения реального и идеального образа Я, противоречивости или несовместимости отдельных его качеств.

Более четкая психологическая интерпретация этого измерения самосознания представлена В.В.Столиным в его концепции «личностного смысла Я». Будучи соотнесенными с мотивами и целями субъекта в его реальной жизнедеятельности, качества его личности могут обладать «нейтральностью» или личностным смыслом; последнее определяется тем, насколько они препятствуют или благоприятствуют реализации жизненных замыслов субъекта. Отдельные качества или одна и та же черта могут приобретать также конфликтный личностный смысл ввиду вовлеченности субъекта в различные, иногда «перекрещивающиеся» деятельности. «Переходя в сознание, личностный смысл выражается в значениях, т.е. когнитивно, например, в констатациях черт (умелый, ловкий, неловкий, терпеливый и т.д.) и в переживаниях — чувстве недовольства собой или гордости за успех» (В.В.Столин). Упорядоченность, внутренняя согласованность или, напротив, конфликтность самосознания зависит таким образом, от личностного смысла Я.

Четвертым измерением уровня развития самосознания М.Ко5епЬег§ считает степень устойчивости, стабильности образа Я во времени. Итоговым измерением самосознания, по мнению Е.Т.Соколовой является мера самопринятия, положительное или отрицательное отношение к себе, установка «за» или «против» себя. По мнению многих отечественных авторов изучение самосознания у больных неврозами представляется весьма актуальным в связи с вопросами диагностики, а также разработки их патогенетической терапии и методов реабилитации.

Самосознание человека неразрывно связано с особенностями его личности (А.А.Меграбян). Самосознание формируется в ходе развития личности на основе познания окружающего мира и социальных, человеческих отношений. Степень самосознания во многом определяется способностью человека к тонкому рациональному (когнитивному) и чувственно-конкретному познанию чужого «Я» и отношения к себе других людей. А.Г.Спиркин отмечал, что человек начинает верно относиться к себе лишь после того, как он научается правильно относиться к другим людям и прислушиваться к тому, как они оценивают его самого. В работах многих авторов имеются указания на связь самосознания со способностью человека к самоанализу, с самостоятельностью и оригинальностью его суждений, общительностью, уровнем мотивации и уровнем притязаний личности, с особенностями эмоционального склада, зрелостью мировоззренческих установок. А.А.Меграбян считал, что чрезмерная аффективность и кататимное, эмоциональное мышление способны отрицательным образом влиять на самосознание человека, в частности при заболевании неврозами.

Расстройства иных сфер психической деятельности (ощущений, восприятия) не являются типичными и специфичными для невротических расстройств.

**28. Психология отклоняющегося поведения**

Широкая область научного знания охватывает аномальное, девиантное поведение человека. Существенным параметров такого поведения выступает отклонение в ту или иную стороны с различной интенсивностью и в силу разнообразных причин от поведения, которое признается нормальным и не отклоняющимся. Девиантное поведение человека можно обозначить как систему поступков или отдельные поступки, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.

Считается, что взрослый индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой производятся все без исключения проявления его активности («постулат сообразности» по В.А. Петровскому). Речь идет об изначальной адаптивной направленности любых психических процессов и поведенческих актов. Выделяют различные варианты «постулата сообразности»: гомеостатический, гедонический, прагматический. При гомеостатическом варианте постулат сообразности выступает в форме требования к устранению конфликтности во взаимоотношениях со средой, элиминация «напряжений», установлению «равновесия». При гедонистическом варианте действия человека детерминированы двумя первичными аффектами: удовольствием и страданием, и все поведение интерпретируется как максимизация удовольствия и страдания. Прагмагический вариант использует принцип оптимизации, когда во в главу угла ставится узкопрактическая сторона поведения (польза, выгода, успех).

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы — адаптивность — исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, т.е. реальному окружению индивида. Взаимодействия индивида и реальности можно представить шестью способами.

Взаимодействие индивида с реальностью

При противодействии реальности индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которому он сталкивается обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения своих целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. Противостояние реальности встречается при криминальном и делинквентном поведении.

Болезненное противостояние реальности обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами (в частности, невротическими), при котором окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания нарушают возможность адекватно оценить мотивы поступков окружающих и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным.

Способ взаимодействия с действительностью в виде ухода от реальности осознанно или неосознанно выбирают люди, которые расценивают реальность негативно и оппозиционно, считая себя неспособными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспосабливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливались» по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности.

Игнорирование реальности проявляется автономизацией жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни столкновения, ни противодействия, ни ухода от реальности. Каждый существует как бы сам по себе. Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области.

Гармоничный человек выбирает приспособление к реальности.

Для того, чтобы оценить типы девиантного (отклоняющегося) поведения необходимо представлять от каких именно норм общества они могут отклоняться. Норма — это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частных суждений членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его (К.К.Платонов). Выделяют следующие нормы, которым следуют люди:

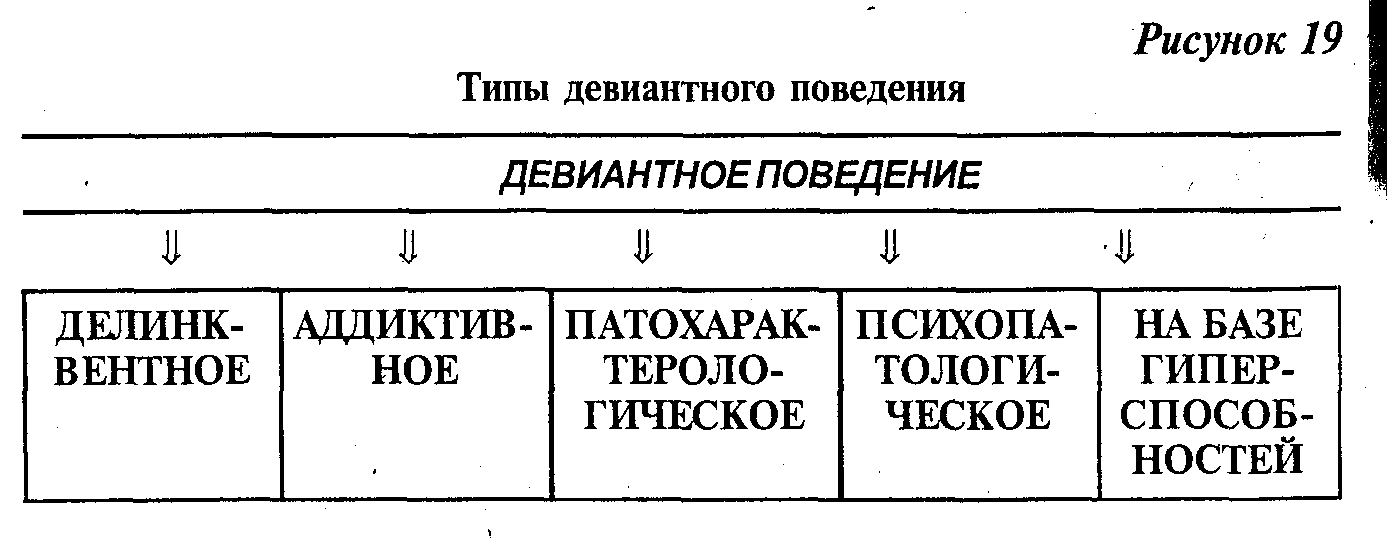
• правовые нормы

• нравственные нормы

• эстетические нормы

Девиантным поведением считается такое, при котором наблюдаются отклонения хотя бы от одной из общественных норм.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов:



Разновидностью преступного (криминального) поведения человека является делинквентное поведение — отклоняющееся поведение в крайних своих проявлениях представляющее уголовно наказуемое деяние. Отличия делинквентного от криминального поведения коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

Делинквентное поведение может проявляться, к примеру, в озорстве и желании развлечься. Подросток из любопытства и за компанию может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». В виде шалости человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя из сумки записную книжку.

Аддиктивное поведение — это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских).

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (В.Segal):

1. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций.

2. Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.

3. Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами.

4. Стремление говорить неправду.

5. Стремление обвинять других, зная, что они невиновны.

6. Стремление уходить от ответственности в принятии решений.

7. Стереотипность, повторяемость поведения.

8. Зависимость.

9. Тревожность.

У аддиктивной личности отмечается феномен «жажды острых ощущений» (В.А. Петровский), характеризующийся побуждением в риску, обусловленным опытом преодоления опасности.

По мнению Е.Веrn, у человека существует шесть видов голода:

• голод по сенсорной стимуляции

• голод по признанию

• голод по контакту и физическому поглаживанию

• сексуальный голод

• структурный голод, или голод по структурированию времени

• голод по инцидентам

В рамках аддиктивного типа поведения каждый из перечисленных видов голода обостряется. Человек не находит удовлетворение чувства голода в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворение реальностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Он пытается достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдает приоритет интенсивным воздействиям, громкому звуку, резким запахам, ярким изображениям), признания неординарностью поступков (в том числе, сексуальных), заполненности времени событиями.

В соответствии с концепцией N.Peseschkian, существует четыре вида «бегства» от реальности: «бегство в тело», «бегство в работу», «бегство в контакты или одиночество» и «бегство в фантазии»

При выборе ухода от реальности в виде «бегства в тело» происходит замещение традиционной жизнедеятельности, направленной на семью, служебный рост или хобби, изменение иерархии ценностей обыденной жизни, переориентация на деятельность, нацеленную лишь на собственное физическое или психическое усовершенствование. При этом гиперкомпенсаторным становится увлечение оздоровительными мероприятиями (т.н. «паранойя здоровья»), сексуальными взаимодействиями (т.н. «поиск и ловля оргазма»), собственной внешностью, качеством отдыха и способами расслабления.

«Бегство в работу» характеризуется дисгармоничным фиксацией на служебных делах, которым человек начинает уделять непомерное в сравнении с другими областями жизни время, становясь трудоголиком. Склонность к размышлениями, прожектам при отсутствии желания что-либо воплотить в жизнь, совершить какое-нибудь действие, проявить какую-нибудь реальную активность называется «бегством в фантазии

Под патохарактерологическим типом девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся т.н. расстройства личности (психопатии) и явные, и выраженные акцентуации характера. Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической: самоактуализаии». К патохарактерологическим девиациям относят также т.н. невротические развития личности — патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза на базе невротических симптомов и синдромов. В большей степени они представлены обсессивными симптомами в рамках обсессивного развития (по Н.Д.Лакосиной). Девиации проявляются в виде невротических навязчивостей и ритуалов, которые пронизывают всю жизнедеятельность человека. К сходному параболезненному патохарактерологическому состоянию относят поведение в виде поведения, основанного на символизме и суеверных ритуалах. В подобных случаях поступки человека зависят от его мифологического и мистического восприятия действительности. Выбор действий строится на основе символического истолкования внешних событий. Человек, например, может отказаться от необходимости совершить какой-либо поступок (жениться, сдавать экзамен и даже выйти на улицу) в связи с «неподходящим расположением небесных светил» или иными псевдонаучными трактовками действительности и суевериями.

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах, являющихся проявлениями тех или иных психических заболеваний. Разновидностью патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного типов девиантного поведения является саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение. Суть его заключается в том, что система поступков человека направлена не на развитие и личностный рост, и не на гармоничное взаимодействие с реальностью, а на деструкцию личности. Агрессия направляется на себя (аутоагрессия), внутрь самого человека, тогда как действительность рассматривается как что-то оппозиционное, не дающее возможности полноценной жизни и удовлетворения насущных потребностей. Аутодеструкция проявляется в виде суицидального поведения, наркотизации и алкоголизации и некоторых других разновидностей девиаций. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся аддикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, а также психопатологические симптомы и синдромы.

Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека (К. К. Платонов). Выходящими за рамки обычного, нормального рассматривают человека, способности которого значительно и существенно превышают среднестатистические способности. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из деятельностей человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек оказывается часто неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он неспособен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни. При поведении, связанном с гиперспособностями — игнорирование реальности. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут носить чудаковатый характер. К примеру, он может не знать как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Девиантное (отклоняющееся) поведение имеет следующие клинические формы:

• агрессия

• аутоагрессия (суицидальное поведение)

• злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.)

• нарушения пищевого поведения (переедание, голодание)

• аномалии сексуального поведения (девиации и перверсии)

•сверхценные психологические увлечения («трудоголизм», гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм религиозный, спортивный, музыкальный и пр.)

•сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромомания и др.)

•характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.)

•коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, нарциссическое поведение и др.)

• безнравственное и аморальное поведение

• неэстетичное поведение

Агрессивное поведение

Агрессией называется физическое или вербальное поведение, направленное на причинения вреда кому-либо. Существуют следующие виды агрессивных действий (Басе, Дарки): 1) физическая агрессия (нападение); 2) косвенная агрессия (злобные сплетни, шутки, взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топаний ногами и т.д.); 3) склонность к раздражению (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении); 4) негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы); 5) обида (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные сведения); 6) подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его; 7) вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму — ссора, крик, визг, так и через содержание словесных ответов — угроза, проклятия, ругань).

Преимущественно т.н. конструктивная агрессивность встречается при таких психопатологических синдромах, как астенический (церебростенический, неврастенический) и истерический. В рамках астенического и истерического симптомокомплексов агрессивность проявляется раздражительностью, обидчивостью, вспышками гнева, а также вербальной агрессией. Особенно часто вербальная агрессия и раздражительность встречаются при истерическом синдроме в рамках истерического расстройства личности. Человек с подобными расстройствами эмоционально негативно реагирует на попытки окружающих уличить его во лжи, притворстве, срыве истерической маски, привлечения его к ответственности за собственные поступки, т.е. на ситуации, в которых происходит блокада удовлетворения основной потребности истерика — быть в центре внимания и оказываться значимым для окружающих. Действия, которые приводят к невозможности индивида с истерическими чертами характера оказываться «заметным», «быть на виду», «управлять вниманием окружающих» способствуют бурным аффективным реакциям с элементами агрессии. Особенно красочными представляются вербальные проявения агрессивности истерика. В силу хорошо развитой способности. говорить он склонен в условиях конфликта проявлять виртуозные речевые способности, использовать красочные сравнения с негативными литературными образами или поведением животных, облекать это в форму ненормативной лексики и использовать угрозы и шантаж, прибегать к сверхобобщениям и крайним степеням оскорблений. Как правило, агрессия при истерическом синдроме не выходит за рамки вербальной. Встречается лишь битье посуды, выбрасывание и уничтожение вещей, порча мебели, но не прямая агрессия с насилием.

Неконструктивная агрессивность является признаком либо криминального поведения, либо психопатологического. В первом случае агрессивность человека опосредуется его осознаваемым деструктивным отношением к реальности и окружающим его людям, оппозиционной стратегией и тактикой взаимодействия с действительностью, которая расценивается враждебной. Во втором — она обусловлена психопатологическими симптомами и синдромами, чаще других — затрагивающими сферу восприятия, мышления, сознания и воли.

Наиболее часто агрессивность значительной степени выраженности (часто неподдающаяся волевой коррекции) входит в структуру таких психопатологических синдромов, как: эксплозивный, психоорганический, дементный, кататонический, гебефренический, параноидный (галлюцинаторно-параноидный), паранойяльный, парафренный, психического автоматизма, делириозный, сумеречного расстройства сознания.

Аутоагрессивное поведение

Аугоагрессивное поведение в отличие от агрессивного направлено на причинения вреда самому человеку, а не его окружению (хотя существует инфантильная разновидность аутоагрессии, сочетающейся с желанием подобным нетрадиционным образом оказать вредоносного воздействие на близкое окружение).

Аутоагрессивное поведение проявляется в двух формах: самоубийстве (суицидальном поведении) и самовреждении (парасуицидальном поведении). Их различия заключены в конечной цели (смерти или членовредительстве) и вероятности ее достижения. Под суицидальным поведением понимается намеренное стремление человека к смерти. Оно может быть обусловлено формированием внутриличностного конфликта под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с появлением психопатологических расстройств, вызывающих стремление к лишению себя жизни без реального воздействия внешних ситуационных факторов. Если при первом варианте побуждение к суициду чаще всего осознано, осмыслено и произвольно, то при втором возможно нарушение осознания и понимания смысла собственных намерений и действий, а также утрата произвольности. Так, при синдроме психического автоматизма в рамках шизофрении суицидальное поведение может быть обусловлено ощущением воздействия неконтролируемой силы, толкающей человека на то или иное насильственное действие в отношении себя.

Различают (Durkeheim) три типа суицидального поведения: 1) «аномическое», связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями; 2) «альтруистическое», совершаемое ради блага других людей и 3) «эгоистическое», обусловленное конфликтом, формирующимся в связи с неприемлемостью для конкретного индивида социальных требований, норм поведения, навязываемых обществом человеку.

Анемическое суицидальное поведение наиболее часто встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фрустрирующие события. Следует иметь ввиду, что сам по себе суицидальный акт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств. Данный вид поведения следует рассматривать как способ психологического реагирования, избранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Возможно адекватное реагирование в условиях тяжелого и сверхзначимого раздражителя — события, преодоление которого затрудненно или невозможно для личности в силу нравственных установок, некоторых физических проявлений и неадекватное реагирование, при котором выбранная суицидальная реакция явно не соответствует стимулу.

В клинической психологии наиболее часты анемические суицидальные попытки лиц с хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Так, суициды преимущественно встречаются в онкологической клинике при диагностике рака. Анемический тип суицидального поведения возможен и в случаях, когда жизнь ставит перед человеком мировоззренческую или нравственную проблему выбора того или иного поступка, которую он не в силах разрешить, выбирая уход из жизни. Человек может быть поставлен в условия выбора совершения аморального поступка или действия, которое ему претит в силу эстетических приоритетов, и лишения себя жизни. Альтруистический тип суицидального поведения также вытекает из личностной структуры индивида, когда благо людей, общества и государства ставится им выше собственного блага и даже жизни. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающих собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, осознающими реальный смысл происходящего, так и психически больными лицами, находящимися, к примеру, в состоянии религиозного иступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Эгоистический тип суицидального поведения возникает как ответ на завышенные требования со стороны окружающих, предъявляемые к поведению индивида. Таким человеком, реалистичные нормативы и принуждение выбора соответствующего типа поведения начинает восприниматься как угроза самостоятельности и экзистенциальности. Он принимает решение о расставании с жизнью по причине неуместности его существования в условиях давления и контроля со стороны как близких, так и общества в целом. Нередко оно встречается у лиц с патологией характера (акцентуациями и расстройствами личности), чувствующих одиночество, отчужденность, непонимание и свою невостребованность.

Возможны индивидуальная, групповая и массовая формы самоубийств. При индивидуальной существенная роль отводится индивидуально-психологическим особенностям человека и параметрам ситуации. В рамках групповых и массовых самоубийств доминирующим становится прессинг окружения и ситуации, в то время как индивидуальные свойства и качества человека отходят на второй план. Целенаправленное или нецеленаправленное давление со стороны окружающих на индивида способствует тому, что он выбирает суицидальное поведение по принципу подражания, соответствия требованиям референтной группы.

Парасуицидальные попытки совершаются, как правило, с целью вывода себя из состояния бесчувствия, безрадостности, безэмоциональности путем испытания острых аффективно-шоковых переживаний. Для этого используются какие-либо рискованные и опасные для жизни действия: удушение до степени появления первых признаков измененного состояния сознания; хождение над обрывом или по краю пропасти, балкона, подоконника, периллам моста; игра с заряженным боевыми и холостыми патронами пистолетом на «испытание судьбы»; прижигание или надрезание кожи и иные болевые воздействия; демонстрация окружающим решимости совершить суицидальный поступок с садомазохистическими стремлениями и получением удовлетворения при доведении окружающих до состояния иступления.

Сходное поведение обнаруживается и при патохарактерологическом типе девиантного поведения. Однако, мотивы поведения принципиально разнятся: в рамках аддиктивного поведения мотивом является феномен «жажды острых ощущений», при патохарактерологическом — эпатаж, конфронтация с окружающими. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают парасуицидальное демонстративное поведение, при котором с помощью шантажа и провокаций пытаются достичь желаемого результата.

Особую группу аутоагрессивного поведения составляют психически больные, выбор поведения которых обусловлен психопатологическими особенностями имеющихся нарушений. Наиболее опасными с точки зрения суицидального и парасуицидального поведения считаются следующие психопатологические синдромы: депрессивный, ипохондрический, дисморфоманический, вербального галлюциноза, паранойяльный и параноидный.

Специфичную группу составляют лица, совершающие аутоагрессивные групповые и массовые акты по религиозным соображениям. Их мотив растворяется в общегрупповом мотиве — принести себя в жертву, совершить самоубийство ради какой-то общей цели и высокой идеи. Подобное поведение наблюдается, как правило, при аддиктивном поведении в виде религиозного фанатизма и совершается под влиянием повышенной внушаемости людей, включенных в эмоционально значимые групповые и коллективные взаимодействия.

Злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности

Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них является одним из самых распространенных видов отклоняющегося поведения. Сутью такого поведения становится значительное изменение иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.

При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б.С.Братуся, опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских):

Атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как: тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический и некоторых иных. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при т.н. психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном). При иных типах девиантного поведения атарактическая мотивация встречается реже.

Гедонистическая мотивация выступает, как бы, продолжением и развитием атарактической, но разительно отличающейся по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (не сниженного) настроения. Гедоническая направленность проявляется в получении удовлетворения, испытания чувства радости от приема веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения

При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают эйфоризирующим эффектом, способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвиобилия, легкого достижения сексуального оргазма. Немаловажным становится поиск необычного (неземного) действия веществ, резко превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное». К веществам, используемым при аддиктивном типе девиантного поведения, относят такие вещества, как марихуану, опий, морфин, кодеин, кокаин, ЛСД, циклодол, эфир и некоторые другие.

Наибольшие изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся иными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании ЛСД (лизергина, диэталамида лизергиновой кислоты), кодеина, марихуаны (гашиша) и кокаина. Отличительной особенностью действия ЛСД является присоединение к эйфоризирующему галлюциногенного эффекта, при котором возникают необычно яркими цветными зрительными галлюцинациями (вспышками света, калейдоскопической сменяемостью образов, принимающих сценический характер), дезориентировка в месте и времени (время кажется остановившимся или стремительно летящим).

При курении или жевании марихуаны (анаши, гашиша) возникает безудержный болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внешнего мира.

Он становится значительно ярче, красочнее. У человека в таком состоянии появляется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичными и вызывающими веселье являются симптомы нарушения схемы тела: ощущения удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, консистенции.

Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а активирующем эффекте вещества. Часто оба эффекта действуют совместно, однако нередко человеком разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции и активность. Особо важным становится стимуляция сексуальной активности и достижения «рекордных результатов» в интимной сфере. Из наркотических веществ, обладающих активирующими свойствами, выделяются марихуана, эфедрин и его производные, сочетающие гиперактивацию и гиперсексуальность, а также кодеин, никотин и кофеин, вызывающими активность без гиперсексуальности. Субмиссивиая мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ. Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных — знатоков.

Выделяют три механизма доминирования алкогольной и наркотической потребности и формирования зависимости с комплексом клиническим симптомов и синдромов (Э.Е.Бехтель):

1. Эволюционный механизм. По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, патохарактерологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. Деструктивный механизм. Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в веществах, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. Механизм, связанный с изначальной аномалией личности. Он отличен от деструктивного тем, что аномалия является длительно существовавшей, а не возникшей в силу психотравмирующего воздействия на личность. Выделяется три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Нарушения пищевого поведения

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются: нервная анорексия и нервная булимия. Общими для них являются такие параметры, как:

• озабоченность контролированием веса собственного тела

• искажение образа своего тела

• изменение ценности питания в иерархии ценностей

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижение веса, вызываемым и поддерживаемым самим индивидом. Отказ от пищи связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Часто основой нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация изменения отношения окружающих, основанного на патологическом изменении внешности. Данный синдром носит названии дисморфоманического синдрома. Однако, формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (М.В.Коркина) четыре стадии нервной анорексии:

1) инициальная; 2) активной коррекции, 3) кахексии и 4) редукции синдрома. Диагностическими критериями нервной анорексии являются:

а) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах).

б) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением.

в) намеренность избегания пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, Синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического, симптмокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Индивид ориентирован на пищу, он планирует собственную жизнь, основываясь на возможности принять пишу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все остальные ценности. При этом отмечается амбивалентное отношение к приему пищу: желание есть большое количество пищи сочетается с негативным, самоуничижающим отношением к себе и своей «слабости».

Выделяется несколько диагностических критериев нервной булимии:

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пищи даже в условиях ощущения сытости.

б) попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как: вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов подавляющих аппетит.

в) навязчивый страх ожирения.

Еще одной разновидностью нарушений пищевого поведения является стремление поедать несъедобные предметы. Как правило, такой тип поведения встречается лишь при психических заболеваниях или грубой патологии характера, хотя не исключено его появление в рамках делинквентного поведения с целью симуляции соматической болезни и достижения какой-либо цели. При психопатологическом типе девиантного поведения отмечается, например, поедание испражнений (копрофагия), ногтей (онихофагия), приделинквентном — заглатывание металлических предметов (монет, булавок, гвоздей).

Извращение вкуса как нарушение пищевого поведения встречается при многих физиологических состояниях человека. В частности, при беременности у женщины появляется тяга к острой, соленой пище или определенному конкретному блюду. Изменение отношения к ряду продуктов с формированием измененного пищевого поведения возможно при заболеваниях головного мозга.

В рамках патохарактерологического типа девиантного поведения изменения пищевого поведения могут носить характер неэстетичности. Человек, к примеру, может неэстетично есть (чавкать, хлюпать, причмокивать при еде), быть неаккуратным и нечистоплотным (есть немытые продукты, пить грязную воду) или, наоборот, быть повышенно брезгливым даже по отношению к близких родственникам (категорически отказывать доедать или допивать за ребенком в случаях голода и отсутствия иной пищи или жидкости), не уметь использовать или игнорировать применение столовых приборов. К стереотипам пищевого девиантного поведения относят также скорость принятия пищи. Отмечаются две крайности: очень замедленное принятие и сверхбыстрое торопливое заглатывание пищи, которые могут быть обусловлены семейными традициями или свойствами темперамента.

Сексуальные девиации и перверсии

Под сексуальными девиациями понимается любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы, а в понятие нормы включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера (АА.Ткаченко).

Гиперсексуальность является одной из базовых характеристик, способствующих формированию подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверсий. Она характеризуется значительным повышением ценности сексуальной жизни для человека и вытеснению иных ценностей

Противоположностью гиперсексуальности является асексуальное девиантное поведение, при котором человек снижает значимость и ценность сексуальной жизни или отрицает ее существенность полностью и исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Он может обосновывать это моральными или мировоззренческими соображениями, отсутствием интереса или иными мотивами. Асексуальность сочетается часто с особенностями характера в виде акцентуаций и патологических вариантов шизоидной или зависимой (астенической) направленности.

Педофилией называется направленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек с педофильной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. Формы педофильных контактов различны — от редко встречающихся собственно коитальных, до эксгибиционистских актов и петтинга. Данный вид сексуальных девиаций может быть представлен как в рамках патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения, так и при аддиктивном типе. Если в первых случаях мотивами выступают психопатологические симптомы и синдромы (деменция, изменения личности, акцентуации характера), то во втором — попытка испытать особые, необычные, яркие и новые для индивида переживания при контакте с ребенком.

Разновидностью сексуальной ориентации взрослого на лиц более молодого возраста является эфебофилия — влечение к подросткам. Мотивом поведения человека, склоняющегося к выбору партнером подростка, является, с его слов, поиск «непорочности», отсутствия сексуального опыта и смущения в интимной жизни подростка. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект обязательно должен быть, к примеру, «в школьной форме с фартучком». При эфебофилии по сравнению с педофилией повышается число собственно коитальных контакты взрослого с подростком. Эфебофилия может входит в структуру делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Геронтофилия заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша (K.Imielinski). Как правило, встречается только у мужчин. Считается, что геронтофилия базируется на психопатологических симптомах и синдромах, в частности изменениях личности (органического, алкогольного генеза), деменции различного происхождения, психопатических проявлениях.

Зоофилия является сексуальной девиацией в рамках вектора направленности влечения. Под зоофилией понимают сексуальное влечение к совершению сексуальных действий с животным. При этом животное рассматривается человеком с зоофильной ориентацией как заместительный сексуальный объект. Чаще всего при данном виде отклоняющегося поведения используется коитальный генитально-анальный контакт. Зоофилия рассматривается в качестве адциктивного, патохарактерологического или психопатологического девиантного поведения. Из болезненных признаков, на базе которых формируется зоофилия чаще других оказывается олигофрения, деменция и изменения личности при различных заболеваниях головного мозга. Из патологических характерологических радикалов — шизоидный и зависимый. Аддиктивное поведение в виде зоофилии встречается редко.

Фетишизм, или сексуальный символизм — одна из самых распространенных сексуальных девиаций характеризуется замещением объекта или субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью его одежды, личным предметов), который оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В каестве фетиша может выступать практически любая часть человеческого тела желанного объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы и пр.). Дифференциально-диагностическими критериями отграничения признаков фетишизма в рамках нормы и при девиации может случить появление самодостаточности и предпочтительности фетиша самому объекту. Различают такие разновидности фетишизма, как: пигмалионизм (фетишами являются картины, фотографии, статуэтки), гетерохромия (фетишем становится цвет кожи партнера), ретифизм (фетишем становится обувь), фетишизм деформации (фетишем становится уродливость человека), некрофилия (фетишем является мертвое тело). Фетишизм встречается при патохарактерологическом и психопатологическом типе отклоняющегося поведения, особенно часто при наличии в клинической картине заболевания или структуре характера шизоидных или психастенических черт.

Нарциссизмом (аугоэротизмом) обозначается направленность секуального влечения на себя. Он проявляется самолюбованием, завышенной самооценкой, повышенным интересом к собственной внешности, половым органам, сексапильности. Часто нарциссизм сочетается с истерическими чертами характера и т.н. нарциссичес-ким расстройством личности, выделяемым в американской классификации поведенческих расстройств.

Садизм, мазохизм и садомазохизм являются близкими друг к другу сексуальными девиациями, поскольку проистекают из гиперролевого поведения (маскулинного или фемининного) и включают сопряженность сексуального удовлетворения с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, либо и на того и на другого вместе. Эксгибиционизмом называют сексуальную девиацию в виде достижения сексуального удовлетворения путем демонстрации собственных половых органов или своей сексуальной жизни окружающим. Суть эксгибиционизма — гиперкомпенсаторное преодоление чувства стыда в связи с обнажением с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения. Известно, что эксгибиционизм чаще встречается у лиц с ананкастическими чертами характера или при различных психических расстройствах, в частности в структуре маниакального синдрома. Имеется мнение о том, что эксгибиционистские акты родственным эпилептическим пароксизмам.

Вуайеризм — это форма девиантного сексуального поведения, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения при подсматривании, подглядывании (или подслушивании) за обнажением или сексуальной жизнью людей.

Наиболее известным нетрадиционным для общества поведенческим сексуальным стереотипом является гомосексуальное поведение. Под гомосексуализмом понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения идентификации собственного пола.

По мнению Brautigam, гомосексуализм делится на четыре группы:

а) псевдогомосексуализм, при котором выбор гомосексуального партнера делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унизить человека и т.д.).

б) гомосексуализм периода развития.

в) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития, и входящий в структуру психических расстройств.

г) истинный гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

При гомосексуализме не происходит нарушений половой идентификации. Человек осознает принадлежность к полу, в котором существует и не нацелен на смену полу в отличие от поведения при транссексуализме. Существенных отклонений в структуре истинного или аддиктивного гомосексуализма не наблюдается. Человек критичен по отношению к тому, что его сексуальная ориентация является нетрадиционной и оппозиционно воспринимается большинством членов общества, в том числе близкими родственниками и знакомыми людьми. Вторично возможно возникновение иных нарушений поведения в связи с формированием у человека внутриличностного конфликта из-за разнонаправленности внутренних устремлений и внешних требований к проявлениям сексуальности. Такой тип гомосексуализма обозначается эго-дистоническим. Если же у человека обнаруживается спаянность личности с нетрадиционным сексуальным влечением, уходом от реальности, игнорированием мнению и отношения общества, постепенным упрощением отношения к самому себе говорят об эго-синтоническом типе гомосексуализма. Характерными внешними проявлениями последнего являются: эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использованием манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни. Именно эго-синтонический тип гомосексуализма можно отнести к аддиктивному отклоняющемуся поведению.

Для сексуальной девиации, называемой трансвестизмом двойной роли характерно ношение одежды противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без желания более постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции.

При транссексуализме существенно в отличие от трансвестизма двойной роли нарушается половая идентификация, и человек осознает себя представителем противоположного пола, вследствие чего выбирает соответствующий способ и манеры поведения. Он активно нацелен на хирургическую коррекцию пола с целью снятия внутриличностного конфликта и дискомфорта, обусловленного несоответствием осознания половой роли и внешне навязываемыми ему стереотипами поведения. Трансвестизм и транссексуализм не являются признаками аддиктивного типа отклоняющегося поведения, чаще входя в структуру патохарактерологического или психопатологического типов. Однако, механизмы их формирования могут выходить за рамки перечисленных.

Сверхценные психологические увлечения

При сверхценном увлечении все характеристики обычного увлечения усиливаются до гротеска, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность. Классическим примером пароксизмального увлечения и «гиперувлечения» является состояние влюбленности, когда человек может быть полностью сосредоточен на объекте и субъекте эмоционального переживания, утрачивать контроль за временем, посвященным ему, игнорировать любые иные стороны жизнедеятельности. Существенными признаками сверхценных психологических увлечений считаются:

• глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения

• пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения

• утрата чувстваконтроля за временем, затрачиваемым на увлечение

• игнорирование любой иной деятельности или увлечения

При сверхценном увлечении азартными играми человек склонен полностью посвящать себя игре, исключая любую иную деятельность. Игра становится самоцелью, а не средством достижения материального благополучия. Увлеченность азартными играми называется гемблингом.

Особой разновидностью сверхценных психологических увлечений является т.н. «паранойя здоровья» — увлеченность оздоровительными мероприятиями. При этом человек в ущерб иным сферам жизнедеятельности (работе, семье) начинает активно заниматься тем или иным способом оздоровления — бегом, особой гимнастикой, дыхательными упражнениями, моржеванием, обливанием ледяной водой, промыванием ноздрей и полости рта соленой водой и пр. Увлечение какой-либо деятельностью достигающей крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов с полным подчинением человека и растворением индивидуальности носит название фанатизм. Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как религия (религиозный фанатизм), спорт (спортивный фанатизм) и музыка (музыкальный фанатизм

Сверхценные психопатологические увлечения

Например, это может проявляться коллекционированием собственных «козявок» или обстриженных ногтей, выделений из юношеских угрей, увлечением в виде записывания номеров проезжающих машин или подсчитывания количества окон в домах.

Синдром «философической интоксикации» встречается, как правило, у подростков при шизофрении. В качестве своеобразного увлечения выступает повышенный интерес к философской, теософской и психологической литературе с настоятельной потребностью анализировать происходящие вокруг индивида события, а также собственный внутренний мир. Пациент начинает анализировать механизмы автоматизированным действий, мотивы поступков окружающих людей, собственные реакции, используя философско-психологическую терминологию, неологизмы. Сверхценные психопатологические увлечения могут носить характер доминирующих (сверхценных) или бредовых идей, таких, к примеру, как: идеи высокого происхождения, чужих родителей, эротического отношения, реформаторства и изобретательства, которые способны существенно изменять поведение человека. Особым видом отклоняющегося поведения можно назвать патологическое увлечение человеком сутяжнической деятельностью, кверулянтством. Характерны является непреодолимое желание жаловаться в различные инстанции и по любому поводу.

Описывается следующая группировка расстройств влечений (В.А.Гурьева, В.Я.Семке, В.Я.Гиндикин):

Разница понятий «увлечение» и «влечение» заключается в том, что увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями, их динамика непрерывна, а не приступообразна, они не осуществляются импульсивно, а появляются лишь после тяжелой борьбы мотивов.

Группировка расстройств влечений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Первичные (истинные) | Вторичные | Спаянные с личностью |
| 1) одолимые  2) неодолимые  • насильственные  • навязчивые  3) импульсивные | 1) рефлекторно зафиксированные  • стойкие (навязчивые,  насильственные,  псевдоимпульсивные)  • транзиторные | приближающиеся к первичным  приближающиеся к вторичным |

Влечения обладают противоположными характеристиками, однако при усилении патологичности увлечений могут появляться признаки, сближающие увлечения с влечениями.

К расстройствам влечений, которые проявляются выраженными отклонениями в поведении, традиционно относят: клептоманию, пироманию, дромоманию, дипсоманию. К рассматриваемой группе девиаций можно отнести навязчивости в виде ритуальных действий, являющихся своеобразной защитой от невротических симптомов (тревоги, страха, беспокойства). Навязчивые ритуалы — это труднопреодолимые двигательные акты, выполняемые вопреки воле и внутреннему сопротивлению индивида, символически выражающие надежду предотвратить предполагаемое несчастье. Девиантное поведение при расстройстве влечений может проявляться специфическими двигательными привычками (патологическими привычными действиями): яктацией (раскачиванием головой или всем туловищем), онихофагией (обкусыванием или жеванием ногтей), сосанием пальца, ковырянием в носу, манерным щелчком пальцем, накручиванием волос и др.

Характерологические и патохарактерологические реакции

Описаны следующие типы реакций: отказа, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками и др. Реакция отказа проявляется отсутствием или снижением стремления к контактам с окружающими. Такие люди отличаются малообщительностыо, страхом перед новым, стремлением к уединению. Реакция отказа часто возникает у детей при отрыве их от родителей, привычной обстановки. Реакция оппозиции разделяется на активную и пассивную оппозицию. Активная характеризуется норочитой грубостью, непослушанием, неподчинением, вызывающим поведением и эпатажем окружающих и «виновников» реакции. Она может сопровождаться агрессивными действиями в виде физического воздействия, нецензурной брани, угроз и иных вербальных проявлений агрессии. Пассивная проявляется негативизмом, мутизмом, отказом от выполнения требований и поручений, замкнутостью при отсутствии агрессивным действий. Реакции имитации характеризуются стремлением во всем подражать определенному лицу или образу. Чаще всего в качестве идеала для подражания выбирают авторитетного или известного человека, литературного героя. Реакция компенсации отражается в стремлении скрыть или восполнить собственную несостоятельность в одной области деятельности успехом в другой. Известным фактом является более высокий средний уровень интеллектуального развития детей, страдающих какими-либо незначительными недугами или имеющими дефекты. Реакция гиперкомпенсации проявляется в стремлении добиться высших результатов именно в той области, где человек оказался несостоятельным. В основе реакции эмансипации лежит потребность в независимости и самостоятельности, отказ от опеки, протест против установленных правил и порядков. У взрослых она может проявляться в виде приобщения к движению за права национальных или сексуальных меньшинств, феминисток, борющихся за равноправие мужчин и женщин и т.д. Реакция группирования носит часто инстинктивный характер, однако она возможна и на основе психологических факторов, в частности в группе человек ищет защиты, снятия ответственности и пр.

Коммуникативные девиации

Наиболее известными коммуникативными девиациями считаются такие, как: аутистическое поведение (выбор одиночества, аскетизма), конформное поведение, гиперобщительность, вербальное поведение с преобладанием псевдологии и пр.

В сфере общения выделяется такой феномен как елейность поведения. Данный тип девиантного поведения встречается часто при эпилептических изменениях личности, а также в рамках эпилептоидных черт характера. Под елейностью понимают слащавость, умильность и угодливость в обращении с окружающими, которая воспринимается как неестественность и нарочитость, тем более, что за подобным внешним поведением редко стоит истинные чувства и эмпатия.

Безнравственное и аморальное поведение

Отклоняющееся поведение может нарушать нормы этики и нравственности, которые закреплены в понятии общечеловеческих ценностей. Под ними понимается добровольный отказ от ряда поступков, могущих причинить вред окружающим. Они устанавливаются с помощью обычаев. Общим для них является заповедь: «Поступай по отношению к другим так, как хотел бы, чтобы поступали по отношению к тебе».

Безнравственным называют отклоняющееся поведение, в виде действий и деятельности, результаты которых объективно противоречат нравственным нормам независимо от оценки личностью, их совершающей.

Аморальное поведение — это безнравственное девиантное поведение, которое оценивается личностью, как безнравственное.

К грехам, описываемым как безнравственное поведение относят: алчность, гордыню, уныние, чревоугодие, прелюбодеяние (похоть) , тщеславие, зависть и др. Нравственные законы часто спаяны с духовностью и религиозностью, однако существуют и конфессиональные разночтения нравственных законов.

Неэстетичное поведение

К неэстетичному поведения относят отказ от правил и принципов эстетики в различных сферах: питании, одежде, высказываниях и др. Основой оценки поведения человека как неэстетичного являются принципы: гармоничности, пропорциональности, симметрии, красоты, прекрасности и возвышенности, совершенства.

В клинике неэстетичное поведение проявляется, к примеру, неаккуратностью, неопрятностью или нечистоплотностью человека, отсутствием хороших манер при еде, общении или вкуса в одежде и непониманием возвышенных чувств.

**29. Психосоматические проблемы**

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические расстройства, при которых преобладают психологические и психопатологические проявления, и психосоматические расстройства, проявляющихся, в первую очередь, соматическими эквивалентами психических расстройств, с другой стороны. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: психический и соматический. Невротический способ может проявляться как в условиях острого, так и в условиях хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса. Отличительными особенностями являются и индивидуально-психологические свойства человека, склонного к одному из перечисленных способов переработки конфликта.

Актуальность изучения психосоматических взаимовлияний достаточно аргументировать следующими фактами. По данным E.Stromgern и V.Lunn, не менее 30% больных, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары имеют невротические симптомы, а 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% рабочего времени врача.

В качестве доказательства существенной значимости психологического состояния для формирования соматической болезни обратимся к хорошо известном экспериментам М.Селигмана по изучению состояний «обученной беспомощности». Две группы молодых крысят подвергались воздействию болезненных ударов электрическим током. В первой группе создавались условия, при которых крысята могли избежать наказания, если проявляли достаточное упорство в поиске способов спасения. Во второй же группе никакое поведение и никакие усилия не могли предотвратить ощутимых ударов током. Таким образом, происходило обучение крысят второй группы беспомощности, в то время как крысята первой группы приобретали опыт успешного противодействия стрессу. После того, как крысята подрастали, каждую из двух групп разбивали еще на две подгруппы. Одну из таких подгрупп вновь ставили в условия неустранимых болевых воздействий, а для другой создавали условия, при которых активный поиск спасения мог привести к предотвращению наказания. Таким образом, были сформированы четыре группы: 1) взрослые крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и опять попадавшие в безвыходную ситуацию; 2) взрослые крысы, пережившие в раннем возрасте опыт беспомощности и оказавшиеся в ситуации, которую в принципе можно преодолеть; 3) взрослые крысы, получившие в прошлом опыт преодоления неприятной ситуации и поставленные в условия, в которых объективно нет путей для спасения; 4) взрослые крысы, которые после опыта преодоления стрессорной ситуации вновь оказывались в такой же ситуации, т.е. могли справиться с ней при проявлении достаточной активности. Крысам всех четырех групп приживляли злокачественную опухоль. Оказалось, что и течение опухоли, и характер поведения во взрослом состоянии во многом определялся опытом раннего детства. Крысы с обученной ранее беспомощностью не предпринимали серьезных усилий для спасения даже в тех случаях, когда спасение объективно было возможно, они вели себя пассивно, и приживленные опухоли росли у них быстро. Напротив, крысы, получившие в прошлом опыт успешного сопротивления, активно искали выход, даже в безнадежной ситуации, и хотя они постоянно получали отрицательное подкрепление, т.е. свидетельства бесполезности своей активности, они в большинстве своем сохраняли активность, и опухоли у них отторгались.

Этот эксперимент указывает на роль особенностей поведения на развитие заболеваний, и его можно рассматривать как типичный для психосоматических взаимовлияний не только у животных.

Под психосоматическими расстройствами понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Существует несколько моделей формирования психосоматических расстройств: а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.

Психофизиологическая модель. Основоположником изучения психофизиологическиих взаимосвязей считается И.П.Павлов, впервые описавший условные и безусловные рефлексы. Безусловные рефлексы соответствуют инстинктам и побуждениям и являются врожденными. Условные же рефлексы формируются вследствие научения с целью адаптации к окружающему миру. В экспериментах на животных можно добиться формирования т.н. «экспериментального невроза» в результате закрепления условно-рефлекторных связей. В дальнейшем психофизиологическая модель была дополнена исследованиями Саnnon и Selye. Cannon обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к «борьбе или бегству». По Cannon, человек находится в готовности переживания, которая позволяет ему опознавать определенные события как экстремальные. Эта готовность к переживанию превращается в готовность к физическим действиям. При этом для появления сопутствующих телесных реакций не имеет значения, идет ли речь о ложном истолковании или об истинном. Основываясь на данных Cannon, Selye описал патогенез стресса, введя понятие адаптационного синдрома — неспецифической реакции организма, в которой различают три фазы: тревоги, сопротивления и истощения, ведущими с соматическим изменениям.

Психодинамические концепции. Традиционно отправной точкой психосоматики считаются впервые описанные S.Freud конверсионные симптомы при истерии (слепота, глухота, двигательные нарушения). Основываясь на исследованиях S.Freud, А1ехander предложил термин «вегетативный невроз», симптомы которого являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Alexander задал важное направление психосоматическим исследованиям, указав, что «специфичность клинических проявлений следует искать в конфликтной ситуации». Некоторые ученые пытались найти взаимосвязи между соматическими реакциями и постоянными личностными параметрами. Shur предложил теорию «десоматизации и ресоматизации», объясняющую возникновение психосоматических симптомов вследствие нарушения бессознательного реагирования из-за «ресоматизации». Был предложен термин «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нарастанию активации органных функций. В соответствии с данной точкой зрения, заболевание развивается в случаях, когда разрешения состояния готовности оказывается невозможным. Это может быть следствием нарушения созревания или потери мотива на основе вытеснения. Важным этапом развития науки было описание понятия «алекситимия», обозначающее неспособность человека к эмоциональному резонансу. Психосоматические пациенты значительно отличаются от невротиков, которые готовы «выговориться» о своих проблемах. Т.е. вербальное поведение невротиков отличается от поведения психосоматических больных, для которых характерны обеднение словарного запаса и неспособность вербализовать конфликты. Близкой является точка зрения N.Peseschkian, трактующая психосоматические симптомы как «способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом». Имеется точка зрения о том, что психосоматические больные не в состоянии адекватно перерабатывать свои переживания потери объекта, воспринимая ее как нарциссическую травму. Потеря остается непреодоленной и возникающая депрессия может вызывать телесные нарушения (Engel, Schmale).

Системно-теоретические модели. Системная концепция понимает человека как открытую подсистему в иерархическом ряду других открытых подсистем. Это воззрение уточняет Gunthern, который пытается охватить индивидуума в целостной системной концепции и описывает различные уровни организма — физиологический, когнитивный, эмоциональный и трансактный. Изменения на одном из уровней действуют в качестве стимуляторов на другом уровне, вызывая тем самым соматические расстройства.

Социопсихосоматика. Понятие «социопсихосоматика» было введено Schaefer. Delius считал, что социопсихосоматика начинается тогда, «когда тот, кто озабочен состоянием здоровья, кто болен или чувствует себя больным, во взаимодействии с врачом или медицинским работником осознает свою уязвимость относительно своих человеческих и социальных проблем». Таким образом, психосоматическая болезнь является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальным структурами, в которые он включен.

Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств:

• конверсионные симптомы

• функциональные синдромы (органные неврозы)

• психосоматические заболевания (психосоматозы)

При конверсионных симптомах невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку (Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер). Симптом имеет символический характер, а демонстрация симптомов может пониматься как попытка разрешения конфликта. Отнесение конверсионных симптомов к психосоматическим можно считать обоснованным в тех случаях, когда они не сопровождаются иными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, в частности психопатологическими (амнезией, фугой, трансом, состояниями овладения). В противном случае их следует рассматривать как невротические.

Функциональные синдромы являются наиболее типичными и хорошо известными врачам общей практики. Они представляют собой набор симптомов, затрагивающих разные органы и системы: сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную, мочеполовую и двигательную.

Из расстройств сердечно-сосудистой системы типичными являются т.н. «неврозы сердца», гиперкинетический сердечный синдром, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии и синдром вегетативно-сосудистой (нейроциркуляторной) дистонии. В понятие «невроза сердца», или функциональных нарушений сердечного ритма включают нарушения сердечной деятельности, проявляющиеся тахикардией, ощущением учащенного сердцебиения, сердечными спазмами и короткими аритмиями (Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер). Пациенты указывают на чувство сдавливания в области сердца, сопровождающееся одышкой, разнообразными парестезия-ми, страхом удушья и развития инфаркта миокарда. Наиболее распространенным является синдром вегетативно-сосудистой дистонии. С учетом разделения вегетативной нервной системы на симпатический и парасимпатические отделы и преобладание в клинической картине проявлений затронутости одного из них, синдром вегето-сосудистой дистонии проявляется в двух формах: симпатикотонической и вагоинсулярной. При симпатикотонической форме преобладают бледность и сухость кожи, похолодание конечностей, блеск глаз и легкий экзофтальм, неустойчивость температуры, склонность к тахикардии, тахипноэ, тенденция к повышению артериального давления, мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца. Для ваготонии характерны холодная, влажная, бледная кожа, гипергидроз и гиперсаливация, яркий красный дермографизм, брадикардия, тенденция к артериальной гипотонии, дыхательная аритмия, склонность к обморокам и прибавке в массе. В рамках функциональных расстройств синдром вегетативно-сосудистой дистонии может проявляться как пароксизмально, так и перманентно.

К психовегетативным симптомам причисляют также нарушения цикла сон-бодрствование (в виде гиперсомнического и агрипнического синдромов) и нарушения терморегуляции (например, субфибрилитет). Под функциональными (истерическими) гиперсомниями понимают нарушения бодрствования в виде длительной спячки человека, наступающей вслед за сильными эмоциональными переживаниями. В литературе наиболее длительный случай истерической гиперсомнии, продолжавшийся 164 дня наблюдал Gairdner. Агрипнический синдром характеризуется стойкой бессонницей и связанными с ней вегетативным проявлениями. Субфебрилитет как реакция организма на психоэмоциональные воздействия характеризуется повышением температуры тела и неадекватными температурными реакциями.

Типичными функциональными синдромами нарушений дыхательной системы являются гипервентиляционный синдром, кашель «закатывание», т.н. «невротический дыхательный синдром», или «дыхание вздохами». Синдром гипервентиляции характеризуется ускорением и учащением дыхания, связанным с чувством нехватки воздуха, стеснения в груди и компульсивно глубоким дыханием. У больного могут появляться такие симптомы как судорожное сведение конечностей, парестезии в области рта и конечностей, нередко аэрофагия и метеоризм. При невротическом дыхательном синдроме дыхание характеризуется часто прерываемыми углубленными вдохами, удлиненным шумным выдохом. Больные указывают на невозможность вздохнуть «полной грудью», отмечая скованность грудной клетки («дыхательный корсет»). Кашель «закатывание» проявляется надрывностью, чувством неудовлетворения после каждого следующего откашливания. Он может проявляться т.н. «подкашли-ваниями» — своеобразными двигательными актами, целью которых является устранения дискомфорта в дыхательном горле («снятия пленки или слизи»).

Расстройства, затрагивающие желудочно-кишечный тракт, разделяются на функциональные симптомы и нарушения пищевого поведения. К первым относятся: аэрофагия, метеоризм, запоры и диарея; ко вторым — анорексия и булимия. При аэрофагии происходит заглатывание человеком большого количества воздуха с формирующимся чувством переполнения желудка и потребностью освободить его от воздуха. Именно поэтому частым симптомом аэрофагии считается громкая насильственно совершаемая отрыжка воздухом. Пациенты склонны с целью устранения чувства дискомфорта в области желудка неоднократно и часто совершать отрыжку. При этом не всегда она достигает цели, и требуется многократное повторение данного действия. Признаками метеоризма выступают неприятное «бурление и урчание» в животе, сопровождающееся чувством дискомфорта, а иногда и болью. Расстройства пищевого поведения в виде нервной анорексии заключается в исчезновении у человека в силу эмоциональных переживаний и психологических причин аппетита. Он склонен отказываться от пищи, что нередко сопровождается рвотой. Булимия характеризуется противоположными признаками: частым появлением очерченных во времени приступов голода и связанного с ним переедания, а также активным контролем веса путем частых рвот или использования слабительных.

К функциональным расстройств мочеполовой системы обычно причисляют Функциональные сексуальные расстройства: психогенную импотенцию, аноргазмию, вагинизм, диспареунию, преждевременную эйякуляцию. Симптом психогенной импотенции проявляется нарушением эрекционной составляющей копулятивного цикла, исчезновением достаточной для совершения коитуса эрекции при сохраненном уровне либидо. Преждевременная эйякуляция характеризуется семяизвержением либо до начала коитального контакта, либо в процессе его, но до достижения оргазма партнершей. Оба перечисленных синдрома, возникающих у мужчины, сопровождаются глубокими психологическими переживаниями и вторичными соматоформными расстройствами. Функциональные сексуальные нарушения у женщин включают утрату способности испытывать удовлетворении при сексуальном взаимодействии (аноргазмия), появление болевых и иных неприятных ощущений во время коитального контакта (диспареуния) и спастическое сокращение мышц влагалища при подготовке к коитальному контакту или гинекологическому обследованию (вагинизм).

Отдельными симптомами функциональных психосоматических расстройств считаются болевой синдром и зуд. Первый проявляется двумя формами психогенной болью и фантомной болью. Участие психологических факторов в формировании болевых ощущений общепризнанно. Однако, ученые выделяют самостоятельную форму боли — психогенную, в тех случаях, когда говорить о иных факторах, вызывающих ее можно лишь условно. Часто психогенная боль сочетается с другими функциональными расстройствами. Так, в рамках диспареунии основных симптомом является боль, возникающая в половых органах женщины только при коитальном контакте, тогда как гинекологическое обследование не обнаруживает болевых ощущений. При фантомной боли больные ощущают боль в ампутированной конечности. При этом возникают ощущения покалывания, распирания, жжения, чувство холода или тяжести. Психогенный кожный и аногенитальный зуд характеризуются выраженным ощущением жжения либо на поверхности кожи, либо в области промежности. Почесывание и прикосновения становятся самоцелью, однако не снимают симптомов зуда, а лишь усиливают проявления зуда.

К группе психосоматозов, или психосоматических заболеваний в узком смысле относятся соматические болезни, роль психического фактора в этиопатогенезе которых является существенной, а иногда главенствующей. Психический фактор в случаях психосоматических заболеваний выступает в виде личностной предиспозиции, выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

К классическим психосоматическим заболеваниям, называемым «святой семеркой» («holy seven»), относят болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной:

• эссенциальная гипертония

• язвенная болезнь 12-перстной кишки

• бронхиальная астма

• сахарный диабет

• нейродермиты

• ревматоидный артрит

• язвенный колит

Близко к этому полюсу располагаются такие заболевания как: гипертиреоз, миома матки, ишемическая болезнь сердца и некоторые др.

Основными параметрами личности, склонной к формированию эссенциальной гипертонии, считается интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. А1ехаnder считал, что появление гипертонии обусловлено желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать, как конфликт между такими противоречивыми личностными устремлениями как одновременная нацеленность на прямоту, честность и откровенность в общении и вежливость, учтивость и избегание конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. По мнению В.С.Ротенберга, подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Другой внутриличностный конфликт характер для людей со склонностью к заболевания язвенной болезнью 12-перстной кишки. У человека в связи с некоторыми особенностями воспитания в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту и язвенной болезни. Overbeck и Biebl предложили типологию язвенных больных в зависимости от некоторых психологических параметров их личности. Они выделили пять типов.

При бронхиальной астме отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью». Такой конфликт описывается как конфликт «владеть-отдать». Люди, страдающие бронхиальной астмой часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом «выпустить гнев на воздух», что провоцирует приступы удушья. Кроме того, отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью.

Личность больного сахарным диабетом описывается как в обязательном порядке включающая чувство хронической неудовлетворенности. Однако, считается, что в отличие от представителей других психосоматических заболеваний не существует определенного диабетического типа личности. К нейродермитам психосоматического генеза относят экзему и псориаз. Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение. При язвенном колите замечено возникновение заболевания после переживаний «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали. Для пациентов в ревматоидным артритом специфичными считаются «застывшая и преувеличенная позиция» пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помощь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

Следует отметить, что перечисленные личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями не следует абсолютизировать. Они лишь отражают общие тенденции.

Наиболее разработанными являются психологические типы личности, склонные к ишемической болезни сердца. Коронарный тип личности А, предрасположенный к инфаркту миокарда, включает в себя такие свойства, как высокий уровень притязаний, выраженное влечение к достижению цели, стремление к конкурентной борьбе. Такой человек постоянно испытывает дефицит времени для выполнения своих многочисленных планов. Он одержим стремлением сделать все лучше и быстрее других, систематически преодолевая чувство усталости. Практически он никогда не позволяет себе расслабиться, постоянно напряжен. Его рабочий день расписан по минутам. Ишемия может возникнуть в случае появления неконтролируемой человеком ситуации, утрате им контроля и самообладания. Попадая в такие ситуации, человек вначале начинает энергично предпринимать усилия по восстановлению контроля над ситуацией, поскольку бессилие разрешить конфликт унижает его в собственных глазах. Но если эта активность (даже гиперактивность) не приводит к немедленному успеху и неэффективность действий становится очевидной для индивида, он дает реакцию капитуляции и заболевает. Противоположностью типа личности А является тип В, у которого стенокардия и инфаркт миокарда встречаются вдвое реже.

На противоположном психосоматическому полюсу спектра может, к примеру находится, травматически-ортопедическая патология, хотя и в ее структуре можно усмотреть психологические корни. К примеру, фактом можно считать влияние антиципационной несостоятельности и нарушений вероятностного прогнозирования у больных, склонных к поясничному остеохондрозу. У таких пациентов оказывается нарушенной преднастройка к двигательным актам, которая опосредуется психическими процессами и психологическими качествами человека.

**30. Личность и болезнь**

Психическое реагирование на заболевание и психология соматически больного

В центре внимания клинического психолога, работающего в соматической (непсихиатрической) клинике находятся психические реакции человека, заболевшего тем или иным расстройством. Значимым становится анализ как их клинических особенностей и разнообразия, так и оценка факторов, способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни».

Термины объективная и субъективная заключены в кавычки поскольку практически невозможно количественно оценить тяжесть заболевания, нельзя составить квантифицированный реестр тяжести болезней. Однако, позволительно в рамках этно- и социокультуральных особенностей, уровня развития медицины говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других (к примеру, на основании критерия летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности). Для терапевта априорно очевидно, что рак желудка тяжелее гастрита, для психиатра несомненно, что шизофрения тяжелее невроза. Следовательно, суицидальное поведение после постановки диагноза онкологического заболевания может быть расценено как адекватное или по крайней мере более адекватное («понятное» в феноменологическом выражении), чем суицид больного вазомоторным ринитом.

В психиатрии принято считать, что заболевания психотического уровня качественно тяжелее, социально опаснее (для самого пациента и для окружения), чем непсихотическое. Впрочем, зададимся вопросами: действительно ли маниакальное состояние при биполярном аффективном расстройстве тяжелее переживаний больного с контрастными навязчивостями или психотическая (реактивная или эндогенная) депрессия тяжелее невротической депрессии? Понятно, что подходить к оценке параметра адекватности психологического реагирования на заболевание необходимо также с позиций феноменологической, а не ортодоксальной.

Более значимым оказывается в этом контексте субъективно оцениваемая пациентом тяжесть болезни. В свою очередь, на выработку субъективного отношения к той или иной болезни оказывают влияние несколько факторов.

Субъективное отношение к заболеванию называется также «внутренней картиной болезни» (Р.А.Лурия), концепцией болезни, нозогнозией. Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна. Для пациента внутренняя картина болезни складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также отреагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний и выбора способа действий и поведения в новых для человека условиях. Объективная тяжесть болезни — информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Однако, как правило, пациент редко полностью доверяет медицинским данным. Он склонен анализировать ситуацию сквозь призму субъективной тяжести болезни, основываясь на ведомых только ему или его субкультуральной группе (семье, микроколлективу) отношениях к заболеванию.

Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно сгруппировать в следующие группы: социально-конституциональную и индивидуально-психологическую. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими — свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности. Каждый из факторов имеет особенности, которые будут приведены ниже.

Пол

Параметр пола человека несомненно оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности. Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Известно, что у народов стран Запада считается, что роды связаны с одними из самых сильных болевых ощущений, которые может испытать человек. Вследствие этого формируется определенное отношение к боли, готовность ее испытать и собственно выраженные болезненные ощущения женщин. Противоположное отношение к родам описывается у женщин ряда африканских народностей. Там ожидающая ребенка женщина продолжает активно физически трудится, относясь к родам как к обычному явлению не сопряженному с болевыми ощущениями. Фактически подобная предиспозиция к болевому ощущению способствует и более легкой переносимости родов.

Влияние психологического отношения к иммобилизации известно в медицине давно. Известно, что мужчины значительно хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений или полной обездвиженности. Особенно ярко это представлено в травматологической клинике, когда пациенту приходится находится в вынужденной позе в течение нескольких месяцев.

По данным Е.Т.Соколовой физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную ценность различных частей тела. С психологической точки зрения самооценка человека и, в особенности, выпестованный групповыми традициями и семейным воспитанием реестр ценностей различных частей собственного тела способны оказываться психотравмирующими факторами при возникновении какого-либо дефекта в «ценном органе». По результатам некоторых психологических экспериментов наиболее «дорогостоящими» оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные субъекты «дешевле» оценивали тело, чем нормальные испытуемые, а женщины — «дешевле», чем мужчины. В другом исследовании около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были квалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте. Кроме того было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, а идеальной считалась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела радикально изменился, и в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров.

Возраст

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний — своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности — «удовлетворенность собственной внешностью». Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелые психологические реакции человека на появление у него на коже лица фурункулов. Ярким примером отражения психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека и реагирования его на внешнюю непривлекательность, связанную с болезнями, может служить существования только в данной возрастной группе такого психопатологического синдрома как дисморфомания. Под дисморфоманическим синдромом понимают ложную убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства. Ложная убежденность, как правило, распространяется на оценку полноты ил диспропорций, тела. Многие девушки-подростки считают, что окружающие обращают на них внимание и даже «подсмеиваются» в связи с излишней полнотой. Данное убеждение толкает девушек на поиск способов похудение. Они начинают истязать себя строжайшими диетами, голоданием, тяжелыми физическими упражнениями. Речь идет о тех случаях, когда фактическим по медицинских критериям не обнаруживается признаков избытка веса. Некоторые пациентки, убежденные в том, что у них «уродливое, бросающееся в глаза окружающим» строение носа, глаз или ушей, ног или рук активно добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта.

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть.заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни как онкологические, хронические соматические болезни и т.д.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются т.н. «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них обусловлена не всегда оценкой их, как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такими болезнями в случае, если об этом станет известно окружающим. Список «стыдных» заболеваний не исчерпывается венерическими и психическими. К ним могут относится многие заболевания, носящие оттенок субъективной не престижности. К примеру, для некоторых людей стыдно болеть (или слыть больным) геморроем, стыдно проводить прерывание беременности (аборт). Существует группы населения (в первую очередь, люди, занимающие руководящие посты) для некоторых из которых стыдными являются болезни сердца (инфаркт), что связано с возможностью продвижения по службе.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

Профессия

Человек, особенно зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. К примеру, оперный певец может более тяжело психологически относится к ангине или бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей. Для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом повышенно значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия, а для человека творческой профессии — наоборот. Высоко вероятно, что машинист башенного крана более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем контролер.

Особенности темперамента

По определению, темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний. К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести эмоциональность, переносимость боли, как признак эмоциональности и ограничения движений и обездвиженности, отражающий параметр активности.

Боль как нейрофизиологический феномен формируется на основе интеграции «ноцицептивных» и «антиноцицептивных» систем и механизмов головного мозга. Субъективное чувство интенсивности ощущаемой боли оказывает существенное влияние на степень сосредоточения внимания человека на этом ощущении и, как следствие, на ее переносимости. Кроме того известно, что экстраверты и интраверты различно реагируют на боль. По мнению Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интраверты.

Считается, что разное восприятие боли у разных людей зависит от их различных «болевых порог». У одного человека в силу психофизиологических особенностей может быть низкий порог, и он испытывает боль при незначительном повреждении или воздействии извне, тогда как у другого — высокий порог, и он чувствует боль только при серьезном повреждении (Р.Мелзак). Нередко порог болевой чувствительности коррелирует с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

Составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности или импульсивности, т.е. режим двигательной активности, подвижность, скорость движений и прочие моторные характеристики человека обусловлены наследственными психофизиологическими факторами. Вследствие этого ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивной физическим нагрузкам. Некоторыми исследователями плохая переносимость состояний вынужденного ограничения движений относится к свойствам экстраверсии или интраверсии.

Особенности характера

Несомненно, что феноменологическая и синдромологическая оформленность типа психического реагирования на заболевание базируется на особенностях характера человека. Тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования. Следует признать, что субъективное отношение к болезни формируется на основании семейного воспитания и, в частности, воспитания отношения к болезням, способам переносимости болезней, определения места параметра здоровье-болезнь в иерархии ценностей ребенка.

Существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням — «стоическая» и «ипохондрическая». В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимание на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения. «Стоическая» традиция основывается на девизе:

«Не хнычь». Противоположна ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью. Когда родителями поощряется, внимательное отношение к состоянию свою здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и пр. лиц) на болезненные проявления. Девизом в подобном случае служит выражение; «Будь бдителен, в противном случае заболеешь и умрешь».

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезней по степени их тяжести. К примеру, к наиболее тяжелым могут относится не «объективно» тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак или психическое заболевание. Кроме того, в семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровление, подобная болезнь может оказаться менее психологически тяжелой, чем в семье с противоположной традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Особенности личности

К личностным особенностям, как правило, относят ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и иные социально обусловленные феномены. В первую очередь, из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни следует отметить мировоззрение и философская позиция по поводу смысла жизни и жизни после смерти. Психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и воинствующих атеистов. Чаще первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти («бог дал, бог взял»). Вторые же нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на все.

Выделяется несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний:

• болезнь как кара

• болезнь как испытание

• болезнь как назидание другим

• болезнь как расплата за грехи предков

Все перечисленные трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни за исключением возможности кардинально изменить свое поведение и искупить вину и замолить грехи.

Другой группой мировоззренческих установок является представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами:

• болезнь как неизбежность

• болезнь как стечение обстоятельств

• болезнь как собственная ошибка

В рамках этого мировоззрения все процессы (в том числе, и происхождение болезней) рассматривается сквозь призму внешней или внутренней заданности. Многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. Все, что происходит с человеком трактуется представителями этой позиции, базируясь на наследственно-конституциональном принципе причинности («И твой отец так хромал», «Вся в мать — дальнозоркая»). Противоположная тенденция полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека («Говорила тебе — не жуй жвачку — вот и заболел СПИДом»). Обе представленные позиции отражают обывательскую платформу, и являются крайне стойкими и консервативными. Позиция «Сам виноват» обычно связана с «локусом контроля» человека.

Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:

• болезнь вследствие зависти

• болезнь вследствие ревности

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близких окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» ревнующего или завидующего на реципиента.

Таким образом, можно отметить широкое распространение мистического истолкования происхождения болезней, отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. К особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и околомедицинские суеверия. Спектр их широк и включает мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т.д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и пр. мистических манипуляций.

В личностные особенности, повышенно значимые для понимания механизмов становления типов психического реагирования на заболевание, входит и т.н. «антиципационная состоятельность». Суть ее заключается в способности предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации. К антиципационной состоятельности относится способность построения программы собственных действий, к примеру, в случае появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести с инвалидности или смерти. В антиципационную программу включается готовность к любому исходу болезни (худшему, нежелательному или лучшему, желательному). Пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, создает несколько программ, распределяет между ними вероятности и готовит себя ко всем. Его размышления носят характер предположений типа: «Что я буду делать, если у меня выявят рак?», «Учитывая, что у меня возможно тяжелое заболевание, которое не позволит мне в дальнейшем профессионально заниматься моим любимым спортом, чем я буду заниматься?» и т.д. Если пациент не вырабатывает антиципационной программы, нацеливается лишь на один — желанный — исход событий («это — не онкологическое заболевание, врачи ошибаются»), то реальный факт болезни может стать для него серьезной психической травмой и вызвать неадекватный тип психологического реагирования на болезнь.

Уровень образования человека и уровень его культуры как личностные свойства также оказывают влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особо это относится к уровню медицинской образованности и культуры. Негативным в психологическом отношении оказываются крайности. Как низкая медицинская культура, так и высокая с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Однако механизмы их будут разниться, в одной случае это будет связано с недостатком, в другом — с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении и исходах.

Психологами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана а.е.Личко и Н.Я.Ивановым на основе оценки влияния трех 41акторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе. Типы объединены по блокам. Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается, гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы. Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этим второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т.п. В третий блок входят типы реагирования с интерпсихической направленностью. Этот блок включает типы с таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования (Э.Б.Карпова).

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты (Л.И.Вассерман). Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз; эмоциональный — ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной; поведенческий — связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

Далее будет приведено описание тринадцати типов психологического реагирования на заболевание по А.Е.Личко.

Гармоничный. Трезвая оценка своего, состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбу близких, своего дела.

При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. Активности человека противостоит при дисгармоничных типах психического реагирования пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как аппарат, машину, технический механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и пассивно ожидает возврата вещи «как новенькой». Несомненно значимым является и нежелание заболевавшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. Он, как гармоничный человек не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги.

Тревожный тип психического реагирования на заболевания является одним из типичных. Он базируется на появляющейся в связи с заболеванием и изменением обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее и вызвана часто опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни.

Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

Пациент с ипоходрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если собеседник относится к нему участливо и сочувственно. Кроме того, при таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при описании его врачам или иным слушателям. Мотивом подробного изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

Меланхолический. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Нередко, он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы саногенеза приводят к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатический. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Апатический тип психического реагирования правильнее обозначить как гипопатический, поскольку истинного и полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. У пациента пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья. Собственно апатический, т.е. с утратой интереса ко всему встречается крайне редко.

Неврастенический. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.

Неврастенический (правильнее — астенический) тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является раздражительность, которая захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в гроб свести», «Вам безразлична судьба мамы»).

Обсессивно-фобический. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше). Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

Сенситивный. Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становится не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Эгоцентрический. «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» нередко используется ими для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течение болезни.

Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности.

Анозогнозический. Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (анозогнозия) встречаются довольно часто. Они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

Эргопатический. «Уход о болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследования так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг через призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом часто такие» пациенты являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», — с гордостью говорят они).

Паранойяльный. Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (в данном контексте — бредоподобный) тип реагирования отражает мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Он возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Как было сказано, главным предметом изучения в клинической психологии является личность больного. Врач, медицинская сестра, имеющие дело с больным человеком, должны осознавать, что болезнь не исчерпывается поражением того или иного органа или системы органов. Болезнь - это также страдание человека как личности, и ее проявление зависит не только от биологических свойств организма, но и от индивидуальных психологических особенностей субъекта. «Благодаря психологии - говорил И.П. Павлов - я могу себе представить сложность данного субъективного состояния..., посмотреть, войти в субъективное состояние другого, «вчувствоваться», «вмыслиться». Отношение больного к своей болезни не только влияет на ее проявления, но и во многом определяет ее исход, способность человека преодолеть последствия заболевания, найти пути компенсации сохраняющихся нарушений функций организма, адаптироваться в новых условиях существования.

Традиционно представление о болезни всегда связано с негативными переживаниями. Однако, как об этом свидетельствуют чешские психологи Р. Конечный и М. Боухал, в субъективном переживании болезни нередко имеет место и противоположная сторона, положительная или приятная для больного, вытекающая из тех выгод, которые болезнь представляет пациенту. Так, сердечный приступ избавляет больного от необходимости принимать трудное решение, все заботы и неуверенность уходят на задний план, а в центр внимания субъекта попадает больное сердце. Болезнь становится «щитом» для ответственного работника, не справившегося со своими обязанностями или попавшего в трудную ситуацию, позволяя ему уволиться «по состоянию здоровья», сохранив при этом свой общественный престиж. Разговоры о болезнях, медицинском обследовании и лечении часто становятся темой, избираемой для общения. Двое мужчин устанавливают между собой в разговоре душевный контакт, узнав, что тот и другой страдает остеохондрозом позвоночника. Женщины старшего возраста имеют склонность положительно переживать проявляемые к ним внимание и интерес врача, медицинской сестры, их заботу и сочувствие. Улучшение состояния такие больные часто понимают противоречиво: радуются тому, что исчезла серьезная угроза их здоровью, но боятся возвращения к прежним житейским проблемам. Это явление называют «боязнью выздоровления». Психическую болезнь 3. Фрейд, как известно, рассматривал как защитную реакцию на внутренний конфликт между бессознательными влечениями и сознанием.

Отношение к болезни зависит от ряда обстоятельств. Прежде всего, имеет значение характер болезни: острая, с тяжелыми проявлениями, требующая немедленного хирургического вмешательства, или вялотекущая, хроническая; имеются ли сильные боли, ограничение подвижности, неприятные косметические дефекты, как, например, при кожных заболеваниях. Ф. Данбар перечисляет вопросы, которые приходят в голову больному в связи с обстоятельствами, в которых протекает болезнь: «Кто будет заботиться о семье? Кто будет платить за лечение? Должен ли я написать завещание? Сохранится ли мое место на работе? Говорит ли мне врач правду? Знает ли он свое дело?» В современных условиях в нашей стране эти вопросы приобретают для больного такую же актуальность, как и для жителей США, которых имела в виду цитированный автор. В последние десятилетия в зарубежной литературе активно обсуждается так называемая копинг-стратегия, которая направлена на преодоление стресса, вызванного болезнью. Она может осуществляться через внутренние ресурсы больного, если он уверен, что окружающие его любят, ценят, заботятся о нем, что он получает поддержку от семьи, друзей. Копинг-ресурсы включают также высокую самооценку, эмпатические способности (способность сопереживать, сочувствовать, настраиваться на эмоциональную волну другого человека), а также локус контроля. Последний характеризует степень самостоятельности, независимости и активности в достижении человеком своих целей. Возможны два локуса контроля и соответственно два типа людей: экстерналы - когда человек полагает, что происходящие с ним события являются делом случая, результатом внешних влияний; и интерналы - когда человек интерпретирует события как результат собственных усилий. Интерналы, в частности, считают себя ответственными за свое здоровье и полагают, что выздоровление в большой степени зависит от их собственных усилий. В жизни они чувствуют себя «победителями» и уверены, что могут с успехом достигать своих целей. Локус контроля определяется с помощью опросника, разработанного американским исследователем Д. Роттером. В отличие от пассивных способов бессознательной психологической защиты, установленных З.Фрейдом, копинг-механизмы направлены на сознательное и активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей.

Болезнь утяжеляется, когда отношение к ней больного становится неадекватным. Л.Л. Рохлин выделил два основных типа неадекватной оценки больными своего состояния: ипохондрический и эйфорический (анозогностический). Первый предполагает преувеличение тяжести своего страдания, нахождение у себя больным несуществующей у него болезни; второй, напротив, сводится к отрицанию своей болезни. То и другое отношение автор определяет как нарушение осознания болезни. Эта мысль продолжает развиваться в трудах ученика Л.Л. Рохлина B.C. Чудновского. Последний рассматривает осознание болезни как часть функции самосознания (Я-концепции), включающей когнитивный (логический), эмоциональный и действенно-волевой компоненты. Рассматривая процессы самосознания больных в духе психологии символического интеракционизма Дж. Мида, автор утверждает, что отражение больными одних и тех же болезненных расстройств в самосознании и самоотчете имеет свои индивидуальные особенности. В своих жалобах больной отражает те болезненные переживания, которые известны ему на основании своего прошлого опыта, которые он видел в других людях и которые он может выразить в словах и понятиях. Прочие болезненные ощущения существуют у него в форме аморфных и тягостных «темных» ощущений, которые больной не может распознать и сформулировать понятным образом. И.М. Сеченов обозначал их как «смутное валовое чувство» или «общие ощущения», недоступные дифференцированному восприятию и описанию.

Примером могут служить жалобы больных на головную боль, за которыми скрываются самые различные ощущения, начиная от острой физической боли и кончая неприятным ощущением тяжести и давления, «затуманенности» в голове. Характер этих ощущений проясняется лишь с помощью наводящих и уточняющих вопросов врача, которые вооружают больного необходимыми терминами и помогают ему устанавливать имеющиеся между этими ощущениями различия. Из разнообразных «темных телесных ощущений» больными вычленяется и становится ясно различимым характер боли, отдающей в левую руку или под лопатку, после того, как при повторных обследованиях разными врачами больным задаются одни и те же вопросы; при первичном обследовании спонтанно больными подобные жалобы, как правило не высказываются. Речь здесь идет не столько о «внушенных симптомах», сколько о помощи в формулировании больными жалоб, в которых находят отражение ранее смутные переживания общего неблагополучия. Клиническая картина болезни тем самым неизбежно типизируется в зависимости от установки того или иного врача на выявление «нужных» с его точки зрения симптомов заболевания. Точность и объективность этих переживаний больного определяется способностью врача схватить общую картину клинических проявлений болезни на момент обследования пациента и тем самым ориентировать внимание последнего на дифференцированное распознавание тонких различий болезненных ощущений. Подобная позиция прямо вытекает из принципов гештальт-психологии, которая постулирует восприятие субъектом (в данном случае врачом) целостного образа (гештальта), а затем уже вычленение из его структуры отдельных элементов; при этом не целое зависит от восприятия частей, а восприятие частей зависит от установки субъекта на «схватывание» целостного образа. Так, если врач сумел при первых контактах с больным правильно распознать целостную картину депрессивного синдрома, это дает ему возможность целенаправленно задавать больному вопросы, выявляя отдельные симптомы депрессии: подавленное настроение, неспособность радоваться, тревогу, тягостное пробуждение по утрам, пониженную самооценку и др. При этом оказывается, что некоторые из этих симптомов больной ранее у себя не узнавал и не мог самостоятельно, без помощи врача их выделить и описать. Поэтому описание больным своих болезненных расстройств и формулирование жалоб всегда происходит не в одностороннем порядке, а в системе взаимных влияний: больной - врач, медицинская сестра, клинический психолог (а также больной - другие больные, больной - его родственники).

Одной из форм психологического реагирования на болезнь является диссимуляция, то есть сокрытие симптомов заболевания. Понимая, что он болен, пациент тем не менее продолжает работать, старается вести прежний образ жизни, мужественно перенося боль и страдания. Диссимуляция может быть сознательной реакцией на болезнь, когда под угрозу поставлены занятие любимой профессией, материальное благополучие, общественный престиж (как это бывает, например, при открытой форме туберкулеза, при венерических заболеваниях, эпилепсии). Характерна диссимуляция заболевания СПИДом, поскольку к таким больным окружающие относятся с подозрением, избегают с ними контактов, обвиняют их в распущенном образе жизни. Реже встречается диссимуляция тяжелых онкологических заболеваний, болезней крови. Обычно она наблюдается у людей с высоким чувством собственного достоинства, болезненно самолюбивых, которые боятся того, что на них будут смотреть с жалостью, будут считать их несчастными и обреченными. В отдельных случаях диссимуляция является следствием нежелания больных подвергаться хирургическому вмешательству, химиотерапии, что служит скрытой формой самоубийства, намерения скорее избавиться от связанных с болезнью мучений, нежелания быть в тягость близким, обременять их излишними заботами. Наконец, невольная диссимуляция может иметь место при анозогнозии, то есть неосознании болезни. Как бы ни были очевидны признаки болезни для других людей, больной может утверждать, что он здоров и не нуждается в медицинской помощи. Такое бывает, например, при алкоголизме, когда больной с явными симптомами алкогольной зависимости искренне уверяет, что никакого влечения к употреблению спиртного у него нет, что сам он в любой момент может бросить пить, а то и вообще пытается убедить окружающих в том, что алкоголь он не употребляет: «Когда мне пить - я работаю!» Психологические механизмы анозогнозии остаются недостаточно ясными.

На противоположном полюсе находится отношение к болезни, которое обозначается термином аггравация. Речь идет об утяжелении демонстрируемых больным симптомов имеющегося у него заболевания. Аггравация может быть сознательной, когда больной стремится получить от своей болезни какую-то выгоду, например, добиться инвалидности, каких-либо социальных льгот. В других случаях больные аггравируют свое заболевание бессознательно, не ставя перед собой определенной и понятной им цели, но стремясь тем не менее показать себя несчастными, привлечь к себе внимание и сочувствие. Часто при этом эффект бывает противоположным желаемому, особенно тогда, когда субъект стремится удержать таким образом любимого человека. Но чаще всего неосознаваемые и сознательные установки выступают в единстве: человек страстно хочет добиться желаемого и осознает это свое желание, и при этом, сам того не замечая, по эмоциональным механизмам ярко демонстрирует симптомы своей болезни, явно преувеличивая их тяжесть.

К аггравации близка симуляция болезни - притворство с целью добиться каких-либо выгод или избежать наказания. К симуляции обычно прибегают либо примитивные субъекты, у которых выявить ее бывает довольно легко, либо, наоборот, очень опытные, пронырливые и безответственные люди. Большой риск для симулянта представляет то обстоятельство, что цель симуляции рано или поздно будет обнаружена. Так, например, бывает, когда симулянт достигает своей цели, получает инвалидность по несуществующей у него болезни и активно начинает заниматься прибыльным делом, уклоняясь при этом от уплаты налогов. Кроме того, симуляция всегда подразумевает сознательное асоциальное поведение, что лишает субъекта возможности вести себя естественным образом, подобно поведению настоящего больного. Его поведение становится наигранным, симулянт постоянно следит, какое впечатление он производит на окружающих, его поступки, мимика и жесты неодинаковы в присутствии лиц, которым он демонстрирует свою «болезнь», и в иных ситуациях.

Вообще, симулировать болезнь очень трудно, и симулянту не помогает даже хорошее знание медицины. Дело заключается в том, что симулировать достаточно успешно можно лишь отдельные симптомы болезни, но намеренно воспроизвести ее целостную картину, включая субъективные переживания и внешние проявления, течение практически почти невозможно. Попытки симулировать болезнь встречаются обычно в практике медицинской экспертизы (судебной, военной, трудовой). В обычной клинической медицине они встречаются очень редко, и диагноз «симуляция» ставится большей частью начинающими и неопытными врачами; в последующем оказывается, что под видом «симуляции» скрывалось настоящее, иногда тяжелое заболевание с атипичными проявлениями.

Внешнее сходство с симуляцией могут иметь также конверсивные истерические симптомы, такие, как функциональные параличи конечностей, истерическая слепота, глухота и др. Отличие их заключается, во-первых, в том, что они возникают у личности с истерическими чертами под влиянием психической травмы, и, во-вторых, в том, что механизмы их лежат в сфере бессознательного. Поэтому истерическая «симуляция» лишена всякой понятной логики, которую всегда стремятся придать своему поведению настоящие «сознательные" симулянты. Так, у мужчины с истерическими чертами характера под влиянием ссоры с возлюбленной возникает «амнезия», совершенно лишенная всякой клинической сообразности: больной утратил навыки чтения и письма, «забыл» как едят ложкой и просит, чтобы его этому снова научили. «Обучается» же он с первого раза, демонстрируя таким образом полное отсутствие расстройств памяти. Истерическим конверсивным расстройствам свойственна также их «условная приятность» или «условная желательность». Так, например, больная с истерическим параличом нижних конечностей демонстрирует окружающим полное отсутствие способности стоять и ходить, но не проявляет по этому поводу никакого огорчения и кокетливо улыбается врачу.

Для людей истерического склада характерна так называемая внушаемость, благодаря которой они легко усваивают опыт других больных и впечатления, получаемые при контакте с врачом, перенося их на себя. Так, при исследовании болевой чувствительности путем покалывания иголкой кожи конечностей больные начинают испытывать снижение чувствительности в форме «перчаток» или «носков», хотя до этого они не обращали внимания на подобное явление и не предъявляли соответствующих жалоб. Особенно большое влияние на переживание болезни оказывают господствующие в обществе представления о природе наиболее распространенных заболеваний. Так, например, в связи с расширившейся диагностикой врачами шейного остеохондроза одной из наиболее частых жалоб у больных стали боли в области шеи с характерной локализацией. Нередко они демонстрируются больными даже без выраженных истерических черт характера, но с чертами тревожной мнительности. Столь же часто стали появляться жалобы больных на «аллергию» при приеме различных медикаментов, что не всегда сопровождается объективными симптомами аллергических реакций.

Нередко приходится сталкиваться с атипичной субъективной картиной заболевания, когда жалобы больных принимают необычный характер и не соответствуют объективным симптомам болезни. При внимательном расспросе выясняется, что больные побывали у представителей парамедицины: знахарей, «экстрасенсов», «биоэнерготе-рапевтов» и т.п., которые высказывались в пользу «сглаза», «порчи», вампиризма», иных причин мистического свойства и «лечили» пациентов приемами магии. Последние в результате «внушения» приносили больным кратковременное облегчение но вскоре им приходилось все же обращаться к врачу, так как болезнь продолжала развиваться.

Подводя итог сказанному, можно сделать вывод, что переживание болезни и жалобы больных зависят не только от характера заболевания, от локализации и тяжести поражения того или иного органа, но и от многих других причин, в том числе обстоятельств социально-психологического порядка и от особенностей личности больного, его жизненного опыта, начиная с детского возраста. Родители и другие взрослые люди могут своими высказываниями о врачах, о медицине и своими действиями сформировать у ребенка определенные установки на то или иное отношение к болезни и лечению. Так, например, в основе «ухода в болезнь» у взрослого человека могут лежать условия его воспитания, когда мать, ухаживая за своим ребенком, сверх меры балует его, в случае даже легкого заболевания несоразмерно продлевает срок пребывания его в постели и период отсутствия в школе. Иногда этому способствуют и врачи, которые, ориентируясь на мнение не в меру тревожных родителей, освобождают ослабленного ребенка от занятий физкультурой, тогда как именно физические упражнения были бы ему более всего полезны для восстановления здоровья.

Вообще, рассчитывать на то, что переживания и жалобы больных будут в точности соответствовать характеру и тяжести поражения практически невозможно. Всегда должна быть учтена роль социально-психологического фактора. Нозологический диагноз соматического заболевания отражает в основном патобиологическую сторону болезни, тогда как ее социально-психологический аспект находит отражение в так называемом функциональном диагнозе. Последний, по мнению Е.Ф. Бажина и Т.В. Корневой, характеризует прежде всего личность больного, уровень ее развития, ценностные ориентации, основные духовные потребности. Функциональный диагноз описывает болезнь в плане конкретных общественных форм деятельности ; человека, что важно для оценки социального и трудового прогноза и, выбора методов реабилитации, восстановительного лечения.

Особенно большое значение придается процессу самосознания, «образу Я», степени самоуважения больного, его отношению к самому себе, к своему болезненному состоянию, а также упомянутому выше «локусу контроля». Последний характеризует независимость личности, самостоятельность, активность в достижении своих целей, направленную на выздоровление, веру в успех лечения и готовность к конструктивному сотрудничеству с врачом. В свете концепции реабилитации, основным принципом которой является обращение к личности больного и предоставление ему наибольшей возможности самореализации, эти характеристики приобретают особое значение. Обнаружена связь высокой интернальности с положительной самооценкой и согласованностью реального и идеального «образа Я» того, каким человек видит себя и каким он хотел бы быть. В целом, знания больного о своей болезни и его отношение к ней принято обозначать термином «внутренняя картина болезни», под которой подразумеваются возникающий у больного целостный образ своего заболевания, вся сумма ощущений, переживаний, представлений, связанных с болезненным состоянием.

Проблема «личность и болезнь» всегда находилась в центре внимания врачей и психологов, и ей посвящено большое количество исследований. Несмотря на разные подходы к данному вопросу и неодинаковую терминологию, в них содержится много общего. В результате такие понятия, как «внутренняя картина болезни», «осознание болезни», самооценка, «образ Я», экстернальность-интернальность во многих аспектах совпадают, хотя методические подходы к их изучению бывают неоднозначны. Общая идея, которая содержится в них, состоит в том, что болезни не исчерпываются биологическими проявлениями, но включают в себя психологические механизмы, отражающие социальную сущность человека. Поэтому лечение любого заболевания не должно сводиться только лишь к терапевтическому воздействию на пораженный орган, но обязательно предусматривает создание условий для вовлечения в терапевтический процесс личности больного, его собственную активность в борьбе с болезнью и в восстановлении здоровья.

**31. Психология лечебного процесса в клинике**

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника (врача, психолога, медицинской сестры, социального работника). Целью контактов между этими двумя людьми является помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо познать психологические основы подобного взаимодействия. Мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медицинской сестры.

Вследствие вышеперечисленных проблем, можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками такого психологического параметра как коммуникативная компетентность. Под этим термином понимается способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми, что подразумевает достижение взаимопонимания между партнерами по общению, лучшее понимание ситуации и предмета общения. Коммуникативная компетентность рассматривается также как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций межличностного взаимодействия.

Некомпетентность в общении хотя бы с одной стороны способна нарушить диагностический и лечебный процесс и не привести к желаемым результатам. Неумение пациента наладить контакт с врачом столь же опасно, сколь нежелание врача установить эффективный контакт с любым пациентом.

Выделяют следующие виды общения (С.И.Самыгин, Л.Д.Столяренко):

1.«Контакт масок» — формальное общение, когда отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника, используются привычные маски (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.) — набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику. В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях малой заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия. Это может происходить, к примеру, при проведении обязательного профилактического осмотра, в котором пациент чувствует себя несамостоятельным, а врач — не имеющим необходимых данных для проведения объективного и всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения.

2. Примитивное общение, когда оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен — то активно вступают в контакт, если мешает — отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях, когда целью обращения к врачу становится получение каких-либо дивидендов (больничного листа, справки, формального экспертного заключения и пр.). С другой стороны, формирование примитивного вида общения может происходить по желанию врача — в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть благополучие врача (к примеру, руководитель). Интерес с участнику контакта в подобных случаях пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

3. Формально-ролевое общение, когда регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли. Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой (к примеру, у участкового врача на приеме).

4. Деловое общение — это общение, учитывающее особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения. При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач рассматривает проблемы больного с позиции собственных знаний и склонен директивно принимать решения без согласования с другим участником общения и заинтересованным лицом.

5. Духовное межличностное общение редко встречается в системе врач-больной. Оно подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения. Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает столь интимного контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медицинского работника. .

6. Манипулятивное общение также как и примитивное направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. В медицине известен способ, названный «ипохондризацией пациента». Суть его заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть: а) снижение ожиданий больного успеха лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента, б) демонстрация необходимости дополнительным квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения.

Общение врача и пациента можно назвать вынужденным общением, т.к. основным мотивом встречи и беседы становится появлением у одного из участников взаимодействия проблем со стороны здоровья — болезненных симптомов. Со стороны врача вынужденность выбора субъекта общения обусловлена его профессией. Если обращение пациента к врачу диктуется поиском помощи, то заинтересованность врача в пациенте объясняется соображениями профессионального роста и материального подкрепления. Любой медицинский работник мотивирован на встречу с потенциальным пациентом, поскольку от этого зависит его профессиональная карьера и положение в обществе.

Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными. Во-первых, человек может быть нацелен на обследование у врача с целью «исключить наличие расстройств и заболевания». Он рассчитывает подтвердить собственную версию о том, что испытываемый им дискомфорт обусловлен какими-либо внешними неболезненными причинами и не требует медицинского вмешательства. Во-вторых, мотивация может носить противоположный характер — «обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания». Цель обследования и ожидания от его результатов оказываются иными. В первом случае несовпадение реальности и экспектаций (т.е. обнаружение заболевания при готовности получить подтверждение здоровья) способно вызвать более негативную аффективную реакцию со стороны пациента, чем по втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным. Обнаружение симптомов болезни пациент не воспримет как неожиданность, и вследствие этого его эмоциональные реакции не будут носить запредельного характера.

Важную роль в процессе взаимодействия медицинского работника и пациента играет восприятие и понимание участников коммуникации друг друга. На эти процессы, в первую очередь, влияет психологическая установка. Различают три типа установки на восприятие человека человеком: позитивная, негативная и адекватная. При позитивной установке происходит переоценка положительных качеств и способностей человека, что проявляется в повышенной степени доверия данному лицу, готовность принять на веру все его советы и разделить взгляды на происходящее. Часто позитивная установка на того или иного врача связана с мнением окружающих, паблисити, его профессиональным статусом (профессор, врач высшей категории, народный целитель и т.д.). Негативная установка приводит к тому, что воспринимаются в основном негативные качества другого человека, что выражается в недоверчивости, подозрительности. Адекватная установка принимает во внимание возможность сочетания в одном и том же человеке положительных и отрицательных качеств и свойств («Хирург — грубиян, но руки — золотые»).

Известны типичные искажения (эффекты) представления о другом человеке, формирующиеся под влиянием различных факторов. К ним относится эффект «ореола», эффект «последовательности», эффект «авансирования», эффект «проецирования на других людей собственных свойств». Эффект «ореола» характеризуется формированием мнения о частных свойствах и качествах человека на основании общих впечатлений о нем. Так, квалифицированность врача может восприниматься пациентом в зависимости от его «солидных манер», использования в речи научных терминов, которые фактически не могут являться признаками оценки его профессиональных знаний и умений. Эффект «последовательности» выводит зависимость суждений о человеке от сведений, предъявленных о нем в первую очередь. В рамках клинической психологии восприятие врача нередко строится на основании тех сведений, которые были получены пациентом, к примеру, от соседей по палате. Сквозь призму этих сведений будет восприниматься недавно поступившим пациентом любое действие или высказывание врача.

Известно, что позитивная установка может опосредоваться некоторыми внешними факторами. Так, к примеру, она может быть обусловлена размеренной манерой врача говорить, неторопливо производить осмотр или манипуляции. При оценке эффективности действия тех или иных лекарств положительная установка основывается нередко на стоимости препарата («дорогой — значит эффективный»), оформлении его упаковки, цвете и консистенции таблеток и т.д. На таком психологическом механизме построен т.н. «плацебо-эффект». Плацебо — это лекарство-пустышка, не содержащее вещества. Способного оказать терапевтический эффект. При назначении его и сопровождении соответствующими инструкциями для формирования позитивной психологической установки результаты терапии оказываются существенными даже по сравнению со сходным по форме, виду и консистенции лекарственным препаратом.

Существенными являются экспектации (ожидания) участников диагностического и лечебного взаимодействия проявления каких-либо качеств и поведения друг друга. В связи с этим выделяют понятия «идеального» и «реального» врача и пациента. К качествам и свойствам, характеризуемым «идеального врача» относят его половозрастные, характерологические и личностные особенности, стиль межличностного взаимодействия, квалифицированность. Схема Ж.Лакана предполагает существование пяти факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента — 1) пола, 2) возраста, 3) национальности (расы), 4) вероисповедания и 5) сексуальной ориентации.

Исследования соматически больных показало, что все перечисленные 4эакторы оказываются значимыми, однако более существенными являются личностные и характерологические свойства. Пациент расценивает «идеального врача» как лица одного с ним пола, сексуальной ориентации и более старшего по возрасту.

Учет фактор пола особенно ярко представлен в сексологической, урологической, кожно-венерологической, проктологической и некоторых иных медицинских областях, что связано с более глубоким уровнем интимности взаимодействия. Отмечается тенденция приписывания качеств «идеального врача» мужчинам в хирургии и женщинам в терапии, что следует трактовать как экстраполяцию на профессию хирурга черт маскулинности (решительности, активности, отсутствие сентиментальности и др.), а на профессию терапевта черт женственности (эмпатичности, нежности, бережности). В аку-шерско-гинекологической области нередко пациентки склонны выбирать и считать «идеальными» врачей противоположного пола.

Существенное значение фактор возраста играет в медицинских дисциплинах, в которых от врача требуются такие качества как способность к обстоятельному и неторопливому анализу состояния пациента, опытность, большой запас знаний и практических навыков. К таким медицинским областям относят психиатрию, неврологию, хирургию и многие другие. Во многом ориентация на возраст обусловлена возрастом пациента. В случаях, когда заболевшим является молодой человек, он не склонен придавать существенного значения возрасту врача. Когда же пациентом становится пожилой человек, он ориентируется в оценке «идеального врача» на параметр возраста, также как и на иные параметры.

В последние годы в связи с обострением межнациональных отношений в мире важным во взаимодействии врача и пациента становится их национальная принадлежность. Значимым становится такое качество как национальная терпимость, отсутствие национальный предубеждений. Оценка национальной принадлежности врача базируется на способности пациента различать физиогномические признаки национальности. Как правило, отмечается тенденция к выбору врача собственной или родственной (к примеру, по параметру этнической группы) национальности особенно в тех областях медицины, где требуется большая глубина межличностного контакта.

Фактор вероисповедания становится все более значимым как в связи с ростом числа верующих, так и в связи с определенными требованиями личной гигиены и поведения в случае болезни, существующими в различных конфессиях. Имеется точка зрения о том, что нарушением с позиции веры может считаться обращение за медицинской помощью к врачу иного вероисповедания. Это особенно отчетливо проявляется в отношении женщин-мусульманок.

Сексуальная ориентация человека (гетеросексуальность или гомосексуальность) оказались существенными для налаживания психологического контакта между врачом и пациентом не так давно. К свойствам «идеального врача» подавляющим большинством гетеросексуалов безоговорочно относится и параметр сексуальной ориентации. Предубеждения в данной сфере также сильны, как и в области межнациональных отношений. Гомосексуалисты практически не склонны ориентироваться в процессе лечения на фактор сексуальной ориентации.

Из личностных и характерологических особенностей пациенты отдают предпочтения следующим: уважительность, внимательность по отношению к пациентам, любовь к профессии, доброта вежливость, душевность. В.А.Ташлыков отметил, что пациенты с невротическими расстройствами в образ «идеального врача» включают качества в следующей последовательности по значимости: ум (78%), увлеченность работой (57%), внимательность (56%) и далее — чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Наиболее существенными в образе «идеального врача» с точки зрения пациента являются способности к эмпатии и стиль общения. Описано четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары: «сопереживающий» или «эмоционально-нейтральный», «директивный» или «недирективный» (В.А.Ташлыков). В понятие «сопереживающего» типа врача включают такие качества как способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, эмпатировать, сопереживать совместно с больным колебания его состояния, разделять его психологические проблемы, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом. Тип врача, называемый «эмоционально-нейтральным», подразумевает сочетание таких качеств как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, нежелание поддерживать пациента в его «субъективных» эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению. Под «директивным» психологическим типом врача понимается врач, выступающий в роли учителя, указующего как следует поступать и что делать в ситуации болезни. «Директивный» врач не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы. Он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль. В своей деятельности он руководствуется паттерналистской моделью медицины, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента как отношения учителя и ученика, родителя и ребенка. «Директивный врач» исключает возможности сомнений пациента в его возможностях, негативно относится к перепроверке диагнозов у иных врачей, склонен обижаться и давать негативные эмоциональные реакции на пациента в случаях критики его действий. «Недирективный» психологический тип врача противоположен «директивному». Он включает ориентацию на партнерство в отличие от ориентации на руководство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

Представленные пары качеств врача могут составлять четыре типа: сопереживающий недирективный, сопереживающий директивный, эмоционально-нейтральный недирективный и эмоционально-нейтральный директивный. Ориентация пациента на тот или иной эталон типа врача связана с личным опытом взаимодействия с рядом авторитетных лиц в различные периоды жизни. У пациента при поиске идеала происходит сличение образа врача с образами любимых родителей, уважаемого учителя и других значимым людей.

Таким образом, экспектации одной из сторон диагностического и лечебного взаимодействия — пациента — опосредуются личностными особенностями, опытом общения и пристрастиями больного. Он имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Другой же участник взаимодействия — врач — поставлен в иные условия. Он ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком. Однако, врач также выстаивает образ предпочитаемого собеседника и участника взаимодействия.

В понятие «идеального пациента» врач, как правило, включает следующие характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии. Как видно из приведенного списка характеристик, врач нацелен на директивный стиль взаимодействия с больным, не оговаривая особенности эмоционального подкрепления этого процесса. Он готов быть сопереживающим, но не всегда готов к истинному партнерству. Данный факт связан с защитой от психологической установки общества на медицинскую сферу как на сферу обслуживания. При директивном поведении врача и следовательно зависимом поведении пациента медик склонен брать всю ответственность за исход терапии на себя, поскольку убежден, что отрицательный исход лечения будет рассматриваться как его ошибка или проявлении некомпетентности. «Ответственность пациента за негативный исход его болезни не сравнима с ответственностью врача», — такова мотивировка выбора врачом директивного способа взаимодействия.

При сравнений экспектации врача и пациента, отражающихся в образе «идеального врача» и «идеального пациента», демонстрируют достаточно большое количество сфер возможных межличностных конфликтов. Суть конфликтов в системе врач (медицинский работник) — больной заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Л.Коузер разделяет конфликты на реалистические (предметные) и нереалистические (беспредметные). Реалистические конфликты вызваны неудовлетворением требований и ожиданий участников, а также несправедливым, по их мнению, распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов. Нереалистические конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид враждебности, когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Первый тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Поводом может служить несоответствующее представлением о должном поведение медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенических условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неверное назначение терапии. Второй конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе, в целом или к отдельному врачу, в частности.

Важной стороной взаимодействия медицинского работника и пациента является этика и деонтология — учения о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия. Важными проблемами считаются проблемы: врачебной тайны, эвтаназии, сообщения пациенту истинного диагноза его заболевания, паттернализма, реконструкции личности при психотерапии и другие. Некоторые из перечисленных проблем можно отнести к сфере правового регулирования диагностического и лечебного процесса. Однако, традиции, существующие в обществе нередко приводят к их столкновению. К примеру, необходимость информировать онкологически больного об истинном диагнозе его заболевания, обусловленная правовым принципом, часто приходит в противоречие с точкой зрения врача или сообщества врачей о негуманности данного действа, о необходимости использования для поддержания психологически комфортного состояния пациента принципа «святой лжи».

Квалификация врача включает в себя как минимум два качества. Во-первых, это уровень знаний и навыков, которыми обладает он; во-вторых, использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства врач принимает клятву, облекая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению, медицинская этика и деонтология — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду, «суду чести». Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

Систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности представляют (В.А.Тихоненко, Т.А.Покуленко) в виде четырех уровней:

• этические теории

• этические принципы

• этические нормы

• этические стандарты поведения

В теоретическом плане задачами медицинской этики становится выявление этической оправданности и обоснованности моральных норм. В области медицинской этики доминируют две теории морали: деонтологическая и утилитарная. Первая считает основой нравственной жизни долг, выполнение которого связано с внутренним повелением. Следуя долгу, человек отказывается от своекорыстного интереса и остается верен самому себе (И.Кант). Основным критерием нравственности выступает честность. Вторая теория морали исходит из убеждения о том, что критерием оценки поступков человека является полезность.

К числу базисных принципов биомедицинской этики относятся принципы: а) автономии, б) непричинения вреда, в) благодеяния и г) справедливости. Под автономией понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Выделяют (В.А.Тихоненко, ТА. Покуленко) семь основных аспектов автономии:

• уважение личности пациента

• оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях

• предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах)

• возможность выбора из альтернативных вариантов

• самостоятельность пациента в принятии решений

• возможность осуществления контроля за ходом исследования

и лечения (со стороны пациента)

• вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»)

Принципы непричинения вреда, благодеяния и справедливости вытекают из клятвы Гиппократа и соответствующим образом нацеливают медицинского работника.

Конкретные этические нормы, применяемые в медицине, включают правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность и компетентность. Этические нормы поведения врача, разработанные еще Гиппократом, в настоящее время все чаще подвергаются критическому анализу. Социальные изменения способствуют тому, что многие постулаты Гиппократа входят в противоречие с сегодняшними понятиями о добре и зле, благе и вреде и т.д. Ниже будут проанализированы наиболее значимые аспекты этических взаимоотношений в современной медицине.

Конфиденциальность. Вопрос о нравственной оценке конфиденциальности (разглашении врачебной тайны — интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в процессе обследования и терапии пациента) до настоящего времени остается одним из наиболее важных в области медицинской этики. Ведь конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, т.е. будут нарушены основополагающие этические принципы и к врачам многих специальностей добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Проблема заключена в том, что больной в связи со своим заболеванием может представлять общественную опасность и пытаться совершить преступление против близких родственников, знакомых, врачей или общества в целом, а врач может быть ограничен рамками врачебной тайны для того, чтобы предотвратить преступление. Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности — случаи непосредственной опасности для окружающих, связанной с симптоматикой заболевания. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания. Что признать этически оправданным, «добродетельным» — сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива — в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью, вследствие реакции жены на диагноз, или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь?

Другим не менее сложной этической ситуацией считается информирование больного о диагнозе его болезни (к примеру, в онкологической практике). Проблема информированности больных в вопросе диагноза их онкологического заболевания в отечественной медицине стоит достаточно остро. Как правило, делается попытка разрешить ее на основе не столько медицинских, сколько деонтологических или юридических принципов (А.Я.Иванюшкин, Т.И.Хмелевская, Г.В.Малежко). Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания помешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной и «высоко вероятной» негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попыток). В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции (В.Н.Герасименко, А.Ш. Тхостов). Предложенная в литературе трактовка адаптивного влияния неопределенности для пациента, затрагивающей информацию о диагнозе онкологической патологии, прогнозе заболевания и прочих сопутствующих событий, учитывает ситуативное влияние информированности пациента на его психологический статус. Предпринятое (В.Д.Менделевич) изучение влияния антиципационных механизмов на психический статус онкологически больных, подвергшихся радикальным гинекологическим операциям, позволило уточнить некоторые пато- и саногенетические параметры психогенеза. В рамках антиципационного тренинга пациенту предлагается сформировать вероятностный, т.е. до определенной степени не строго определенный характер будущего. Причем направленность антиципационного тренинга — сферы будущего, которые осознанно или неосознанно пациентом исключаются из процесса антиципации. Таким образом, формируется не только более четко структурированная неопределенность, которую вернее назвать вероятностной определенностью, но и создается адекватная платформа, позволяющая проводить профилактику психических расстройств. Следовательно, проблема информированности онкологических больных о диагнозе переходит в иное русло — антиципационного тренинга, причем последний, видимо, должен естественно входить в систему воспитания, в частности т.н. воспитание психологической устойчивости.

Не менее психологически и этически сложными оказываются случаи, при которых сам пациент требует дать ему полную информацию о его психической болезни. Этически оправданным можно считать информирование пациента, но только в такой форме, которая не приведет к ухудшению его психического состояния или суициду.

Одной из наиболее острых, дискуссионных и общественно значимых сторон конфиденциальности при психических заболеваниях являются ситуации, когда психически больным является лицо, занимающееся политикой, претендующее или занимающее один из важных государственных постов. Вопрос стоит так: «Ввести ли в законодательство необходимость психического освидетельствования государственных деятелей или оставить решение этого вопроса на этическом уровне?» Поскольку данный вопрос актуален и видимо будет актуален многие годы, позволим себе проанализировать сложившуюся ситуацию.

В научных кругах обсуждение этого вопроса переместилось из сферы гуманистики и этики в плоскость целесообразности. «Допустим, депутат или лицо претендующее на пост президента страны болен шизофренией или психопатией, разве правильным было бы скрывать этот факт от его избирателей?» — вопрошают многие, требуя отменить принцип конфиденциальности в виде исключения для политических деятелей. В связи с этим возникает масса вопросов. Во-первых, допустим, что принцип «исключение из правил» будет принят, кого следует включать в список лиц, диагноз болезни которых врач обязан сообщать? Только президента или еще вице-президента, председателя палат Федерального собрания, а может быть и депутатов Государственной думы или глав администрации района? Во-вторых, что будет обязан сообщать врач (или комиссия экспертов) о своих пациентах — только диагноз болезни или еще аргументы для его доказательства? В-третьих, что следует из того заключения, что важная государственная персона страдает «психоорганическим синдромом травматического генеза»? Дает ли это основание какому-либо государственному органу лишить его своего поста. Или следует провести на основании врачебного заключения слушания в Думе: годен или негоден в связи с психопатией занимать свой высокий пост? Но ведь диагноз, к примеру, психопатии не позволяет сам по себе поражать человека в гражданских правах. Приведенные размышления о возможности разглашения врачебной тайны «в виде исключения» для политических деятелей убеждают, что законодательный подход к этому вопросу бесперспективен и нецелесообразен.

Эвтаназия. Проблема эвтаназии, или добровольного безболезненного лишения себя жизни стоит достаточно остро в общей медицине. По отношению к психической патологии, особенно на обывательском уровне, более остро стоит проблема «добродетели при сохранении жизни и возможности продолжать свой род умственно отсталых или лиц с врожденными отклонениями». Считается, и с каждым днем подобное мнение укрепляется и находит все больше, сторонников, что психически больные впрочем также как и гомосексуалисты, наркоманы, алкоголики должны быть принудительно стерилизованы. Стоит напомнить, что программа физического уничтожения душевнобольных во времена третьего рейха в Германии включала ряд последовательных этапов: 1) стерилизацию, которой подлежали больные шизофренией, циклотимией, наследственной эпилепсией, хореей Гентингтона, наследственной слепотой и глухотой, алкоголизмом, умственной отсталостью; 2) уничтожение детей с физическими и умственными недостатками; 3) акцию, «Т4» — постепенное полное физическое уничтожение взрослых психически больных к 1945 году (J.Е.Меуег). Подобное напоминание естественно не может служить обоснованием точки зрения о том, что принудительная стерилизация психически больных аморальна. Но для этого и не требуется никаких обоснований. Если интересы личности (любую — здоровую или больную) поставить над государственными и общественными, то вопрос снимется автоматически.

Более сложна такая проблема клинической психологии как проблема суицидального поведения. И, в частности, определение допустимой меры вторжения в жизнь больного человека. Взаимоотношения с душевнобольным, находящимся в психотическом состоянии и пытающимся покончить собой, справедливо строятся на законодательной основе — если наблюдается сочетание признаков психического расстройства (психоза) и суицидального поведения, им обусловленного, пациент нуждается в неотложной госпитализации. Если же пациент, находится, к примеру, в состоянии невротической депрессии по поводу диагностики у него рака и высказывает суицидальные мысли, то, видимо, следует подходить к его высказываниям и намерениям в соответствии с этическими принципами, т.е. врач должен попытаться разубедить человека в необходимости совершить самоубийство, но при этом врачу следует понимать, что человек имеет право как на жизнь, так и на смерть (если он психически здоров). И этически оправданным было бы именно такой диалектический подход.

Паттернализм. Паттернализм также, как и вышеперечисленные параметры, можно отнести к этическим проблемам медицины. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач берет на себя ответственность за категорические рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у врача-психиатра совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Врач не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями. Противоположностью паттернализма является взаимоотношения врача и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

«Реконструкция личности» при психотерапии. Этическая проблема, обозначенная «реконструкцией личности» возникла не так давно. Особенно активно психотерапевтические методики, использующие методы «реконструкции», стали появляться в последнее время. Суть проблемы заключается в том, насколько оправданной с этической точки зрения является вторжение в личностную структуру, пациента и изменение ее с целью излечения от разнообразных расстройств. Пациент, вручая себя врачу, может не догадываться о том, что в процессе терапии будет происходит изменение его мировоззрения — реконструкция личности. С другой стороны, даже если пациент согласен на подобную процедуру соответствует ли нормам морали и медицинской деонтологии подобные действия. Подобное возможно лишь в случаях, когда пациент отдает себе отчет в том, к какому состоянию стремится подвести его психотерапевт и добровольно идет на это. Отдельно следует сказать о психотерапевтических методиках, которые используют нетрадиционные воздействия, которые могут повлечь ухудшение состояния больного, к примеру, «голотропное дыхание» по С.Грофу.

Лечение без согласия. Сложной этической проблемой остается обоснованность терапии пациента без оповещения его о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах. Недопустимым следует считать назначение антипсихотических препаратов человеку (подбрасывание в пищу), который не знает об их приеме.

Компетентность. На первый взгляд, категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако, это относится к случаям недостаточной компетентности — недостаточные знания и навыки в области профессиональной деятельности. С этических позиций интерес представляет расширение границ компетентности, когда в профессионально проводимый анализ включаются, наряду с традиционными клиническими феноменами психологические проявления. При этом, как правило, происходит гипердиагностика — приписывание обычным психологическим феноменам характера патологии. Справедливо в связи с этим замечание В.А.Тихоненко и Г.М.Румянцевой о том, когда психиатр грусть или печаль называет субдепрессией, гнев — дисфорией, увлеченность — гипопаранойяльностью, враждебность — гипопараноидностью и т.д. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван «профессиональным кретинизмом».

Экстрасенсорика. Отношение к экстрасенсорике в психологической и психотерапевтической практике можно также отнести к этической области. Этическому осмыслению подлежит врачебная оценка экстрасенсорных воздействий и рекомендации больным по поводу применения или отказа от применения подобных нетрадиционных методов терапии. Что считать этичным — врачебный запрет пациенту обращаться к экстрасенсам и ясновидящим или поощрение этих действий? Насколько этичным будет размышления типа:

«Раз помогает — значит хорошо»? Если врач, как представитель науки и научного мировоззрения поощряет распространение мифологического мышления, то следует ли признать его поступки этичными. Думается, что нельзя.

Этических проблем современной медицины значительно больше, чем перечислено выше, однако наиболее дискуссионными считаются именно они.

**32. Психологическое консультирование, коррекция и психотерапия**

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 индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо и неврозоустойчивости.

Традиционно выделяют три вида психологической помощи: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию. Они представляют собой воздействие на различные стороны личности и имеют разнящиеся цели и способы, могут применяться раздельно и в сочетании. Основной целью психологического консультирования является формирование личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррекции является выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Под психологическим консультированием подразумевается проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объективных данных и научных интерпретаций их результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком общежитейских проблем, формированию новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту. Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, диагностический процесс и способствует определению нормального или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, процесс информирования индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях; в-третьих, процесс обучения навыкам психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния.

Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на клиента или пациента с целью приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением.

Психотерапия в узком понимании термина является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустраций, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так 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 имеют ввиду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

Отличия различных видов психологической помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Психологическое консультирование | Психокоррекция | Психотерапия |
| Объект воздействия | клиент, пациент | клиент, пациент | пациент |
| Предмет | проблема, индивидуально-психологические особенности | проблема, характерологические девиации и личностные аномалии | психопатологические симптомы и синдромы, характерологические девиации и личностные аномалии |
| Способ | информирование, обучение | тренинг | активное воздействие (терапия) различными способами |
| Позиция клиента | активная, ответственен за результат | пассивная, не ответственен за результат | пассивная, не ответственен за результат |
| Цель воздействия | формирование личностной позиции | формирование навыков психологической компенсации | купирование психопатологической симптоматики |

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, вынесения экспертного заключения, но и выбор наиболее адекватных и эффективных способов оказания психологической помощи. От его диагностического заключения зависит построение стратегии и тактики «ведения пациента», направления его по одному из путей (медицинскому или психологическому) и согласование оказания помощи со специалистами в других областях .

Таким образом, профессиональной компетенцией клинического психолога в сфере оказания психологической помощи является психическая патология, исключающая психотические 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 общения, 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 человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, к примеру, 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 интеллектуальным или волевых.

Различные виды 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, ситуации, 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) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики. В рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных 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, ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), с другой, в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психологической помощи. Перечисленных особенностей в различной степени лишены иные виды психологического воздействия — психологическое консультирование и коррекция —, которые либо полностью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья. Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаружится факт облигатности для нее показаний и противопоказаний. Т.е. 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 состояния 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 психиатрический контроль.

Психологическое консультирование

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 с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в критических жизненных ситуациях.

Диагностические процесс в структуре психологического консультирования включает клиническое интервьюирование и использование батареи экспериментально-психологических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности. Существенным при консультировании в практическом отношении является процесс информирования человека об объективных параметрах его психической деятельности и свойствах индивидуальности, а также обучение способам психической саморегудяции.

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 получают в процессе обследования клиента (пациента) достаточно большое количество объективных данных, возможна различная фокусировка при информировании. Можно фиксировать внимание на: а) явных отклонениях функционирования организма и психики; б) всех имеющихся отклонениях; в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить; г) всем спектре проявлений — и нормальных и аномальных; д) нормативных признаках и проявлениях. Известны три подхода при фокусировке внимания и информировании человека: оптимистическая, пессимистическая и нейтральная. Одна и та же информация может быть воспринята как положительная, отрицательная или 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 фюкусировки 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 акцентуаций характера и нарушения волевой регуляции деятельности»).

В процессе информирования отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны оценочный или описательный подходы. В первом случае информирование включает оценочные категории (адекватный-неадекватный, нормальный-патологический, здоровый-больной, дефектный и т.д.). Во втором психолог или врач при информировании стараются избегать оценочных категорий и ориентируется лишь на описание клинических феноменов, предоставляя в случае необходимости многовариантность истолкования полученных фактов.

Существенным 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 обследованному, или, учитывая языковые и иные параметры клиента, делать заключение на обыденном языке.

Обучение навыкам саморегуляции в процессе психологического консультирования осуществляется различными способами с ориентацией на приоритетность предоставления клиенту или пациенту максимально возможной информации о способах и методах психологической защиты и компенсации, сано- и патогенетических паттернах мышления и прогнозирования, закономерностях развития, этапах и исходах межличностных и внутриличностных конфликтов. Индивид в процессе консультирования обучается навыкам рефлексивного стиля мышления, здравомыслию и адаптивным формам реагирования исключительно с помощью информирования, поскольку тренинговый способ входит в структуру иного вида психологической помощи — психокоррекции.

В первую очередь, клиент или пациент приобретают знания способов психологической защиты. Сутью их является сохранение баланса между внешними силами, действующими на человека, и внутренними ресурсами. Выделяют следующие варианты психологических защитных механизмов: рационализация, проекция, вытеснение, идентификация, компенсация, гиперкомпенсация, фантазирование, доминирующие идеи (М.Ярош).

Усвоение индивидом знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа. Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты сам человек сможет выбрать из предлагаемых вариантов подходящие ему. При консультировании не происходит навязывание клиенту или пациенту единственно верного пути решения межличностных или внутриличностных проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения. В отличие от психокоррекции и психотерапии, выбор способа разрешения проблем или личностной трансформации остается за индивидом.

Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемам человека как начальный этап терапии и «реконструкции личности». Нередко его использование сочетается с применением психокоррекции и психотерапии. Специфической мишенью консультирования являются психологические феномены, обусловленные кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные нарушения. В сфере анализа и оценки мировоззренческих кризисов, экзистенциальных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается необоснованным и малоэффективным. Единственной возможностью оказать действенную психологическую помощь человеку в период экзистенциального кризиса, не сопровождающегося выраженными психопатологическими проявлениями, является использование психологического консультирования — совместный (клиента и психолога) поиск истины, рассмотрение философских вопросов бытия, жизни и смерти с различных позиций и точек зрения, а также эмоциональная поддержка человека. При этом следует учитывать, что выбор способа действия в таких условиях остается за индивидом.

Преимущества и недостатки методов психологической защиты

|  |  |
| --- | --- |
| Преимущества | Недостатки |
| Рационализация | |
| Подыскивается обоснования своих действий, скрывающие истинные мотивы. Она служит сохранению. Самоуважения и самоутверждения против внешней критики | Деловое и конструктивное обсуждение проблемы устраняется, человек сам создает себе препятствие, чтобы с точки зрения других людей выглядеть лучше |
| Проекция | |
| Можно «не видеть бревна и в собственном глазу» и критиковать его «в глазу другого». Можно бороться с собственными ошибками, ничего не делая с самим собой | Затрудняется самопознание и созревание личности. Невозможно объективное восприятие внешнего мира. Проекция с трудом различима личностью, это лишает ее реалистичности |
| Вытеснение | |
| Неисполнимые желания и неприемлемые представления вытесняются из сознания ради спокойствия, что приносит моментальное освобождение | Вытеснение требует энергии для его поддержания. Проблема не решается, она остается, и это становится угрозой психическому здоровью |
| Идентификация | |
| Благодаря интроекции происходит формирование Сверх-Я, перенимаются нормы, приносящие освобождение от конфликтов | Контролер (Сверх-Я) становится внутренним тираном. Человек становится рабом интроецированных норм и поэтому несвободным. Через идентификацию с агрессором и авторитетом дальше распространяется принцип: что мне делают, то делаю другим я. |
| Сублимация | |
| Энергия напряжения полностью отреагируется в социально полезной деятельности: творчестве, спорте и др. | Упускаются причины напряжения. Сублимированное напряжение не исчезает, поэтому возникает более или менее осознанное состояние фрустрации |
| Образование реакций | |
| Маскировка уже имевшихся чувств, уменьшение напряжения за счет новых видов взаимодействия | Образование реакций приводит ко лжи, которая затягивает и самого человека и окружающих его людей |
| Бегство | |
| Человек избегает критики и благодаря этому фрустрации | Позиция наблюдателя уменьшает продуктивность и активность человека, в будущем возникают проблемы с саморегуляцией |
| Оглушение | |
| Благодаря алкоголю или наркотическому веществу устраняются конфликты, фрустрации, страхи, вина, достигается ощущение силы. Это спасение от пугающей действительности | Зависимость от алкоголя и наркотиков. Изменение органических структур, болезнь |
| Экранированность | |
| Отгораживание от психических нагрузок, депрессивных настроений, страхов, беспокойства происходит в короткий срок. Возникает преходящее чувство покоя,стабильности,расслабления, уравновешенности и как следствие — удовлетворительное временное освобождение | Симптомы исчезают без устранения причин. Это приводит к накоплению отрицательных переживаний |
| Толкование бессилием | |
| «Я ничего не могу сделать — таковы обстоятельства» — таким образом человек избегает решения проблем | Психологические проблемы не устраняются, а распространяются дальше. Появляется опасность манипуляций |
| Разыгрывание ролей | |
| Маска роли приносит безопасность. Потребность в безопасность сильнее, чем блокированная свобода самовыражения индивидуальности | Неспособность найти себя за надетой, запрограммированной маской |
| Окаменение, притупление чувств | |
| Деловая маска, картина полной безэмоциональности и психической невозмутимости. Панцирь на чувствах не позволяет им проявляться вовне и попасть вовнутрь. Человек ориентируется на поведение автомата | Межличностные контакты обедняются, подавленные чувства ложатся грузом на органы и мышцы. Кто не позволяет себе быть эмоциональным, то становится больным телесно и психически |

Классическим примером столкновения различных видов психологического воздействия являются суицидальные намерения индивида, обусловленные межличностным или внутриличностным конфликтами. После исключения психопатологических (неосознанных или болезненных) мотивов стремления человека к совершению суицида клинический психолог, как правило, может выбрать три известных пути психологического воздействия на человека: «путь консультирования», «путь психокоррекции» и «психотерапевтический путь». Его выбор будет основываться, в первую очередь, на теоретических предпочтениях и понимании механизмов суицидального поведения, тогда как индивидуально-психологические особенности потенциального суицидента могут вообще не рассматриваться. В силу теоретических (мировоззренческих и профессиональных) воззрений психолог может выбрать либо консультирование с использованием совместного обсуждения экзистенциальных вопросов и переноса ответственности за принятие решения на самого клиента; либо психокоррекцию, в условиях которой станет заниматься тренингом,. направленным на поддержание нацеленности на сохранение жизни с помощью системы искоренения «неправильного мировоззренческого настроя» на смерть; либо психотерапию, при которой будет рассматривать суицидальные мысли и намерения как патологию, требующую купирования, к примеру, суггестией.

Мишенью для психологического консультирования являются также межличностные конфликты: развод, измена, увольнение, наказание и другие, которые рассматриваются индивидом сквозь призму мировоззренческих и нравственных проблем. Внешние психотравмирующие события трактуются человеком как безнравственные и вызывают к жизни принципиальные вопросы бытия — справедливости, верности, доверия и др. Следовательно, и в этих случаях наиболее адекватным следует признать применение психологического консультирования и отдать ему предпочтение по сравнению с другими методами психологического воздействия. Сходный процесс происходит и при появлении у человека соматического заболевания. Он также требует не коррекции или терапии, но, в первую очередь, консультирования.

Наиболее известными методиками, которые, относятся к способам психологического консультирования, являются рациональная психотерапия (Р.Dubois), логотерапия (V.Frankl), психология самореализации (A.Maslow), позитивная психотерапия (N.Peseschkian), когнитивная терапия (А.Beck), рационально-эмотивная психотерапия (A.Ellis) и психотерапия «здравым смыслом». Несмотря на то, что в названии методик присутствует термин психотерапия, фактически данные методики следует признать консультативными. Это связано, во-первых, с тем, что психологическая помощь оказывается посредством влияния на мировоззрение; во-вторых, потому, что основным методом является метод информирования клиента и в-третьих, из-за «терапевтической мишени», которой в данном случае является мировоззрение и миропонимание человека и вторично психологические проблемы и невротические симптомы. К отечественным методикам, которые также следует причислить к консультативным, в первую очередь, относится т.н. патогенетическая психотерапия, основанная на теории отношений личности В.Н.Мясищева.

Основной задачей патогенетической психотерапии является информирование пациента или клиента с целью:

• осознания мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций

• осознания неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов

• осознания связи между различными психогенными факторами и невротическими (психосоматическими) расстройствами

• осознания меры своего участия и ответственности в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций

• осознания более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений

• научения понимания и вербализации своих чувств

• обучения саморегуляции

Патогенетическая психотерапия осуществляется в четыре этапа. На первом происходит преодоление неправильных представлений пациента о его болезни; на втором — осознание психологических причин и механизмов болезни; на третьем — решение конфликта и на четвертом — реконструкция системы отношений личности.

Логотерапия относится к гуманистическому направлению психотерапии в широком понимании термина и ставит своей целью терапию ноогенных неврозов с помощью приобретения утраченного человеком в силу каких-то причин смысла жизни. Механизм развития психологических проблем и невротических симптомов усматривается в нравственных исканиях человека, конфликте совести и, в целом, в «экзистенциальном кризисе». Задачей логотерапии становится восстановление или приобретение человеком потерянной духовности, свободы и ответственности, исходя из известной позиции А.Эйнштейна, выраженной в следующих словах: «Человек, считающий свою жизнь бессмысленной, не только несчастлив, он вообще едва ли пригоден для жизни». V.Frankl считал, что вернуть утраченный смысл возможно с помощью метода убеждения. Убеждение использует систему логических обоснований уникальности ценностей (смысла) жизни при абсолютной ценности трансценденции — сущности существования. Основой логотерапии становится исцеление души с помощью формирования осмысленного стремления к смыслу и даже к конечному смыслу (сверхсмыслу) в противовес стремлению к наслаждению или власти.

В рамках психологии самореализации упор делается на выработку психологической стратегии максимально использовать в жизни собственный личностный потенциал, который включает:

1. Внутреннюю природу человека, его индивидуальную самость в виде основных потребностей, способностей, индивидуально-психологических особенностей.

2. Потенциальные возможности, а не реальные окончательные состояния, реализация которых детерминирована экстрапсихическими факторами (цивилизацией, семьей, окружением, образованием и т.п.).

3. Аутентичность — способность познать истинные собственные потребности и возможности.

4. Способность принимать себя.

5. Потребность в любви.

A.Maslow признавал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности). К ценностям бытия относятся такие, как: 1) целостность — единство, интеграция, стремление к однородности, взаимосвязанность; 2) совершенство — необходимость, естественность, уместность; 3) завершенность — конечность; 4) справедливость — законность, долженствование; 5) жизненность — спонтанность, саморегуляция; 6) полнота — дифференцированность, сложность; 7) простота — искренность, сущностность; 8) красота — правильность; 9) праведность — правота, желанность; 10) уникальность — неповторимость, индивидуальность, несравненность; 11) непринужденность — легкость, отсутствие напряженности изящество; 12) игра — веселье, радость, удовольствие; 13) истинность — честность, реальность; 14) самодостаточность — автономность, независимость, умение быть самим собой без участия других людей.

Позитивная психотерапия исходит из принципа обладания человеком способностей к саморазвитию и гармоничности. Основными целями позитивной психотерапии являются:

• изменение представлений человека о себе, своих актуальных и базисных способностях

• познания традиционных для него, его семьи и культуры механизмов переработки конфликтов

• расширение целей его жизни, выявление резервов и новых возможностей для преодоления конфликтных ситуаций и болезней

Для этих целей используется транскультуральный подход к оценке тех или иных психологических феноменов и болезненных симптомов. Суть его заключается в предоставлении клиенту или пациенту информации об отношении к сходному с имеющимися у него психологическим проявлениям, симптомам, проблемам или болезням в иных культурах. К примеру, при патологической эмоциональной реакции индивида на выявляемую у него аллопецию (облысение) ему приводят пример отношения к облысению в некоторые африканских племенах, где эталоном красоты считается не густая шевелюра, а лысая голоса. Транскультуральные сравнения направлены на выработку у клиента понимания относительности жизненных ценностей. Еще одним способом в позитивной психотерапии является позитивная интерпретация любых проблем и симптомов (например, импотенция трактуется как способность избегать конфликтов в сексуальной сфере, фригидность — как способность телом сказать «нет», анорексия — как способность обходиться минимумом пищи и т.д.).

Особое внимание в позитивной психотерапии уделяется формированию личностной и характерологической гармоничности с помощью предоставления информации о традиционных транскультуральных способах переработки конфликтов и формирования ценностей .

Когнитивная терапия рассматривает механизмы возникновения различных эмоциональных феноменов в связи с имеющимися у пациента отклонениями в оценке реальной действительности в виде «систематических предубеждений». Считается, что эмоциональные расстройства возникают из-за «когнитивной уязвимости» — предрасположенности к стрессу в силу использования при анализе внешних событий жестоко заданных иррациональных заблуждений («когнитивных искажений»). Среди них выделяются:

• сверхгенерализация (неоправданное обобщение на основании единичного случая)

• катастрофизация (преувеличение последствий каких-либо событий)

• произвольность умозаключений (бездоказательность и противоречивость при вынесении умозаключений)

• персонализация (склонность интерпретировать события в контексте личных значений)

• дихотомичность мышления (склонность к использованию в мышлении крайностей)

• выборочность абстрагирования (концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста).

Целью когнитивной терапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону ее рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Близкой по смыслу к когнитивной терапии считается раиионалъно-эмотивная терапия, нацеливающаяся на искоренение когнитивных искажений и т.н. «иррациональных установок и мыслей». A.Ellis описал двенадцать основных иррациональных идей, которые в процессе консультирования должны быть исправлены:

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.

2. Есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.

3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.

4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.

5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку.

6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.

7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.

8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным.

9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.

10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.

11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.

12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

В соответствии с принципами рационально-эмотивной терапии со стороны клиента или пациента должен произойти «отказ от требований» к действительности и самому себе, основанных на иррациональных идеях (установках), которые делятся на четыре группы: установки долженствования («люди должны быть честными», «супруг должен быть верным»); катастрофические установки («все ужасно и непоправимо»); установка обязательной реализации своих потребностей («я должен быть счастилив»); оценочная установка. Основным способом терапии является сократовский диалог — когнитивный диспут с использованием законов логики.

На логическом переубеждении клиента или пациента основан также метод рациональной психотерапии, направленный на обучение человека правильному мышлению, избегание логических ошибок и заблуждений с целью предотвращения появления невротических симптомов.

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т.е. переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т.н. каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается «антиципационная состоятельность» (В.Д.Менделевич) — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов, как: а) отказа от претензий («мне никто ничего не должен»); б) отказа от однозначности (при истолкований происходящих событий — «это может значить все, что угодно»); в) отказа от фатальности (при истолковании будущих событий — «все возможно»); г) выработки стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

Психологическая коррекция

Целями применения психологической коррекции (психокоррекции) является оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей и способностей. Выделяется пять видов стратегий психокоррекции (Ю.С.Шевченко):

1. Психокоррекция отдельных психических функций и компонентов психики (внимание, память, конструктивное и вербальное мышление, фонематическое восприятие, ручная умелость, познавательная деятельность и т.д.), либо коррекция личности.

2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.

3. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.

4. Психокоррекция в форме индивидуальных или групповых занятий.

5. Психокоррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении нервно-психических заболеваний, либо как основной и ведущий метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

В отличие от психологического консультирования при психокоррекции роль клиента или пациента оказывается не столь активной и даже чаще пассивной. Коррекция подразумевает выработку новых психологически адекватных и выгодных навыков в процессе специально разработанных тренинговых программ. Активность клиента или пациента заключается лишь в желании измениться, но отнюдь не в экзистенциальной работе над собой. Человек готов «вручить себя» клиническому психологу или психотерапевту для того, чтобы тот восполнил имеющиеся недостатки, исправил отклонения, привил новые умения и навыки. Даже, если речь идет о психокоррекции личностных или характерологических свойств, то имеется ввиду, что основным способом изменений и психологической помощи должен быть процесс научения эффективному принятию себя и реальности, а не философское осмысление своего места в мире, своих возможностей и способностей.

Психокоррекция в отличие от психологического консультирования использует в качестве основных методов манипулирование, формирование и управление человеком, имея четкие представления об искомом состоянии, уровне развития психических функций или индивидуально-личностных качеств. Заданными оказываются эталоны и идеалы. Человек выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для общества образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психолога. Классическим является спектр манипулятивных методик: от советов Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов (женского обаяния, личностного роста, сексуальный тренинг и пр.).

В клинической психологии психокоррекция используется при выявляемых у клиента психологических проблемах, возникающих в связи с характерологическими девиациями и личностными аномалиями, а также при невротических психосоматических расстройствах. Выработка оптимальных навыков происходит в процессе тренингов, среди которых наиболее известными являются: аутотренинг, поведенческая (бихевиоральная) терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, трансактный анализ (Е.Веrn).

Аутогенная тренировка (аутотренинг) является методикой, направленной на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Под релаксацией (расслаблением) понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое либо во всем организме, либо в любой его системе. В клинической психологии, особенно при психосоматических расстройствах и заболеваниях используются такие разновидности как собственно аутогенная тренировка с т.н. нервно-мышечной релаксацией и методика биологически обратной связи.

При прогрессивной мышечной релаксации происходит обучение человека контролированию состояния мышц и вызыванию релаксации (расслабления) в определенных группах мышц с целью снятия вторичного эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка проводится в несколько этапов, направленным на освоение упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения к конкретной мышце или группе мышц, с последующим становлением «привычки отдыхать».

Методика биологически обратной связи построена по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов.

В процессе тренинга пациент самостоятельно контролирует с помощью прибора биологическое функционирование его организма (от скорости протекания элементарных биохимических реакций до сложных видов деятельности) и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции. Выделяют следующие типы биологической обратной связи (А.А.Александров):

• электромиографическая биообратная связь

• температурная биообратная связь

• электрокожная биообратная связь

• электроэнцефалографическая биообратная связь

При электромиографической биообратной связи происходит научение процессу расслабления конкретной мышцы или групп мышц, а также общей релаксации. Методика температурной биологической обратной связи позволяет обрести навыки расширения и сужения периферических сосудов, что приводит к изменению температуры конечностей и тела. Электрокожная биообратная связь дает возможность научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность. При электроэнцефалографической биообратной связи происходит формирование навыков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты и, в первую очередь, увеличения альфа-активности для снижения уровня возбудимости и успокоения.

Поведенческая психотерапия изобилует методиками, основанными на выработке условно-рефлекторной деятельности с целью купирования психопатологической симптоматики или навыков адекватных привычек взамен неадекватным, невротическим. Наиболее известными методиками являются методики «систематической десенсибилизации» и «парадоксальной интенции», применяемые для лечения навязчивых страхов. При «систематической десенсибилизации» происходит погружение человека в ситуацию, вызывающую страх (воображаемое или реальное) с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной. Методика, называемая «парадоксальной интенцией», направлена на изменение отношения пациента к фобиями за счет «переворачивания» этого отношения и доведения ситуации до абсурда (при эрейтофобии, страхе покраснеть научение настроить себя так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удается»). Задача парадоксальной интенции — лишить эмоционально негативного подкрепления страхов, заменив их на иронию и юмор.

Нейролингвистическое программирование представляет собой систему психологических манипуляций на основании изучения лингвистической мета-модели человека, суть которой заключена в признании шаблонности для каждой группы людей или одного человека лингвистической системы познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Для этого в нейролингвистическом программировании (НЛП) существует понятие модальности — наиболее типичном и характерном для индивида способе восприятия и отражения окружающей реальности. Выделяют три разновидности модальности: визуальная, аудиальная и кинестетическая. После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. В первом случае можно говорить об управлении индивидом, во втором — о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов. Целью программирования является выработка определенной стратегии поведении, желательной для человека или окружения.

В рамках нейролингвистического программирования используется несколько техник: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора».

Основным же считается «рефрейминг» — переформирование личности, придание ей новой заданной формы. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения нейролингвистического программирования:

1. Любой симптом, любая реакция, либо поведение человека изначально носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только тогда, когда используются в несоответствующем контексте;

2. У каждого человека существует своя субъективная модель мира, которую можно изменить;

3. Каждый человек обладает скрытыми ресурсами, позволяющими изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт, и субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется чаще всего в шесть этапов. На первом определяется симптом; на втором пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую, представленную симптомом) и вступить в контакт с частью, отвечающей за формированием и проявление симптома, и осмыслить механизм его возникновения; на третьем — производится отделение симптома от первоначального мотив (намерение); на четвертом — обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение иными путями с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); на пятом и шестом — формирование согласия всего Я на новую связь.

В процессе психодрамы происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Как правило, психодрама используется при наличии у индивида характерологических девиаций и «комплекса неполноценности». Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных жизненных ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие ему. и тем самым преодолевает коммуникационные проблемы.

Трансактный анализ рассматривает личность человека как совокупность трех состояний «Я», условно названных Родитель, Взрослый и Ребенок. Сутью их является генетически запрограммированный паттерн поведения и проявления эмоциональных реакций. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности, Взрослый — признаками зрелой психической деятельности, а Родитель характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения. Психологическое взаимодействие, с точки зрения Е.Вern, происходит в виде диадного контакта (трансакции) при использовании тех или иных ролей. Основная цель трансактного анализа состоит в том, чтобы дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающими с помощью соответствующей терминологии и обучить его нормативному и оптимальному поведению.

Психотерапия

Психотерапия — это один из видов оказания психологической помощи и психологического воздействия на пациента с целью купирования психопатологической (в первую очередь, невротической и психосоматической) симптоматики. Как было показано выше, психотерапия относится к сфере медицинской деятельности, поскольку: а) сочетает в себе психологические и общемедицинские знания в отношении показаний и противопоказаний; б) накладывает на психотерапевта ответственность (в том числе, уголовную) за ненадлежащее или несоответствующее (неквалифицированное) использование методов и способов психотерапии.

Традиционно выделяют три подхода при проведении психотерапии: психодинамический, поведенческий (бихевиоральный) и феноменологический. Целью психотерапии в узком понимании термина становится исцеление пациента от психопатологической симптоматики в рамках невротических, характерологических (личностных) или психосоматических расстройств. Выбор конкретной психотерапевтической методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Среди объективных выделяется:

• характер психопатологического симптома (синдрома)

• этиопатогенез психических расстройств

• индивидуально-психологические особенности пациента

Среди субъективные параметров важное значение придается: а) индивидуально-психологическим особенностям психотерапевта; б) широте его психотерапевтических знаний и навыков; в) ситуационным моментам (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса).

Ориентация на выделенные клинические параметры обосновывается эффективностью тех или иных методик, практикуемых теми или иными психотерапевтами при определенных психических состояниях и процессах пациента.

Различия психотерапевтических подходов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основные тематические параметры | Динамический подход | Поведенческий подход | Феноменологический подход |
| Природа человека | Движется сексуальными и агрессивными инстинктами | Продукт социального научения и обусловливания; ведет себя на основании прошлого опыта | Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации |
| Основная проблема | Сексуальное подавление | Тревога | Психическое отчуждение |
| Концепция патологии | Конфликты в сфере инстинктов: бессознательные ранние либидозные влечения | Приобретенные стереотипы поведения | Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление "Я", рассогласование между мыслями, чувствами и поведением (потеря аутентичности) |
| Концепция здоровья | Разрешение интрапсихических конфликтов: победа "Эго" над "Ид", т.е. сила "Эго" | Устранение симптомов: отсутствие специфического симптома или снижение тревоги | Актуализация личностного потенциала: рость "Я", аутентичность и. спонтанность |
| Вид изменения | Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого | Прямое научение; поведение в текущем настоящем, т.е. действие или действие в воображении | Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент |
| Временной подход и "фокус" | Исторический: субъективное прошлое | Неисторический: объективное настоящее | Отсутствие историзма: феноменологический момент ("здесь-и-сейчас") |
| Задачи терапевта | Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение | Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги | Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного) |
| Основные техники | Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление | Обусловливание систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование | "Энкаунтер" ("встреча"): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств |
| Роль терапевта | Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала из бессознательного | Учитель (тренер). Помогает  пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действие | Фасилитатор (ускоритель) роста личности |
| Характер связи между терапевтом и  пациентом | Трансферентная и первостепенная для лечения: нереальные взаимоотношения | Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют | Реальная и первостепенная для лечения, реальные взаимоотношения |
| Лечебная модель | Медицинская: врач-пациент. Авторитарная.  Терапевтический союз | Образовательная преподаватель-ученик.  Авторитарная. Учебный союз | Экзистенциальная: общение двух равных людей. Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз |

Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (к примеру, гештальт-терапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Под суггестивными методами понимаются разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, т.е. вербального или невербального влияния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Нередко внушение сопровождается изменением сознания пациента, создания специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности. Внушаемость — это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаки повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма. Гипнабельность — это психофизиологическая способность (восприимчивость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, т.е. изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Выделяет три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникает сонливость, при второй — признаки каталепсии — восковая гибкость, ступор (обездвиженность), мутизм, при третьей — полная отрешенность от реальности, снохождения и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к помощи добавочного раздражителя.

Психоаналитическая психотерапия исходит из бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование. В классическом психоанализе выделяются такие психотерапевтические методики, как: метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не поддавая их анализу и критике, а психотерапевт-психоаналитик оценивает их, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом происходит процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания.

Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является анализируемость пациента (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью в суггестивной психотерапии), зависящая от личностных особенностей пациента, в первую очередь, от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройства.

Поведенческая психотерапия описана в разделе психокоррекционных мероприятий, поскольку она не является в полной мере терапевтически направленной. Суть ее не купирование, т.е. лечение психопатологической симптоматики, внедрение в процесс этиопатогенеза заболевания, но научение и тренинг.

Когнитивную психотерапию справедливее отнести к методам консультирования, чем к терапии. Это связано с формированием личностной позиции в большей степени с помощью методов диалога и партнерства между пациентом (клиентом) и терапевтом.

Из феноменологически-гуманистического направления психотерапии, также близкого к психологическому консультированию, наиболее технически разработанной является гештальт-терапия. К основным методикам гешальт-терапии относятся: упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и теперь»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей; работа с мечтами и др.

Парапсихология и экстрасенсорное целительство

Парапсихологическое направление оказания психологической или медицинской помощи человеку исходит из убежденности в существовании «сверъестественных» .феноменов и процессов, вызывающих те или иные болезненные патологические проявления на уровне соматики или психики. Основой парапсихологических воззрений становятся остающиеся нераспознанными феномены психической деятельности человека, которые трактуются как экстрасенсорные, биоэнергетические. По мнению А. П. Дуброва и В.Н.Пушкина, биогравитация — это способность человека создавать, излучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, и в то же время имеющие свои «особые черты».

Все обоснования существования биоэнергетики в настоящее время носят гипотетический характер и поэтому могут рассматривать лишь как одна из версий возможной трактовки происходящих в человеке психических и психосоматических процессов и не могут приниматься за факты. К сожалению, представители парапсихологии и экстрасенсорики не принимают во внимание принципиально важное научное мировоззрение и способ доказательства чего бы то ни было в сфере познания. Они настаивают и в этом вопросе на привлечении к анализу ненаучных методов и способов анализа действительности.

Известным научным принципом является принцип «презумпции доказанности» (П.В.Симонов), под которым понимается отсутствие необходимости доказывать те факты, которые уже нашли научное обосновании в прошлом при появлении новых гипотез их объяснения. Процесс научного познания требует получение неопровержимых фактов и доказательств чего-либо нового и одновременного опровержения тех оснований, с помощью которых объяснялись те же процессы и состояния ранее. К примеру, в случае с т.н. «энергетическим вампиризмом», объясняемым в психологии как психотерапевтический эффект вербальной или невербальной информации и формированием соответствующей установки, требуются научные доказательства экстрасенсорного механизма «вампиризма» и опровержение психотерапевтического, а не наоборот. Существование принципа «презумпции доказанности» объясняется эволюционным характером развития научной мысли.

Для клинической психологии существенное значение имеют два феномена из области парапсихологии: «кожное зрение» и экстрасенсорное целительство. Под «кожным зрением» понимают новый нетрадиционный вид и способ фоторецепции при распознавании патологических состояний и заболеваний человека. Экстрасенс убежден, что способен производить диагностику отклонений функционирования внутренних органов другого человека на основании т.н. «кожного зрения», воспринимая форму, цвет и температуру поврежденного органа. Исследования, производимые с экстрасенсами, доказали, что у них фактически с помощью тренировки и иных способов повышен порог кожной чувствительности и не существует каких бы то ни было сверхъестественных способностей. То же относится к т.н. экстрасенсорному целительству, под которым понимают воздействие (чаще дистанционное) на организм и психику человека с помощью разнообразных манипуляций или вербального влияния. С точки зрения науки, экстрасенсорное целительство является психотерапией, использующей механизмы суггестии (внушения или гипноза).

Основные различия между психотерапией в широком понимании термина — психологического воздействия вербальной или невербальной информацией и вызыванием у человека в связи с этим определенных психических состояний — и экстрасенсорным целительством представлены в таблице.

Различия психотерапии и экстрасенсорного целительства

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Экстрасенсорное целительство | Психотерапия |
| Диагностический процесс | Отсутствует, считается ненужным | Присутствует, считается обязательным |
| Ориентация на показания и противопоказания | Отсутствует | Присутствует |
| Терапевтический подход | Типизированный | Индивидуализирован |
| Оценка эффективности | Субъективная | Объективная |
| Роль клиента (пациента) | Пассивная | Чаще активная |
| Ответственность терапевта | Отсутствует | Присутствует |
| Формирование личностной позиции | Мистического, мифологического осмысления действительности | Научного мировоззрения |

Таким образом, можно утверждать, что различия между экстрасенсорным целительством и психотерапией кардинальны и принципиальны. Они отражают различия в подходах к осмыслению реальности: научный и мифологический. При этом интерес и тяга пациентов к нетрадиционному целительству вполне объяснима. «Разрыв между возможностями аллопатии и потребностями в ней — величина пока еще постоянная, и если так, не менее постоянно желание людей этот разрыв преодолеть, ...потому-то мы и обречены на контакт с разного рода неофициальными врачевателями, хотя и знаем заранее, что среди них непременно будут и настоящие, и мнимые, и гении, и невежды, которым тем не менее суждено заполнить вакуум» (В.Аграновский).

Многие медицинские сенсации лопались подобно мыльным пузырям, а их герои уличались в шарлатанстве. Однако назвать этих людей исключительно шарлатанами было бы несправедливо. Большинство из них истово верят в свои незаурядные и экстрасенсорные способности, например, в «целительные свойства своего биополя». На поверку оказывается, что свойства, на которые намекают экстрасенсы, достаточно банальны. Их основа — психотерапия, воздействие словом, посредством ритуала, антуража, а вовсе не биополем или никому не известными «флюидами».

Справедливости ради следует сказать, что не все феномены экстрасенсов можно объяснить с позиций сегодняшних научных знаний, в частности в области физики и биофизики. Однако подавляющее большинство их лечебных воздействий не только можно объяснить, но они уже давно не являются тайной и используются врачами-аллопатами, которые, впрочем, не претендуют на свою исключительность и сверхспособности.

Особое значение во врачевании экстрасенсов имеет антураж их лечения. С его помощью у зрителей-пациентов создается особый настрой с повышенной степенью внушаемости, который и способствует терапевтическому эффекту. Положение изгоев, непризнанных гениев, способствует усилению веры больных и страждущих в исцелителя, что оказывает тем неоценимую услугу. Если бы участковому врачу верили также, как верят экстрасенсу, результаты лечения больных у них были бы сравнимыми.

**34. Психологические проблемы аномального развития**

Для формирования индивидуально-психологических качеств человека значимым оказывается как биологическая, так и социальная составляющие развития. Без соответствующего «материального обеспечения», т.е. наличия высокоразвитой нервной системы человеческого мозга, любые попытки, имевшие место в науке, путем соответствующего воспитания и обучения антропоидов добиться очеловечивания оказались безуспешными. Об этом же свидетельствуют и многочисленные клинические примеры, когда наличие врожденного или приобретенного дефекта в структурах мозга является причиной недоразвития или остановки и регресса в развитии психики ребенка и взрослого человека, а также появление личностных аномалий.

То же касается второго из этих слагаемых — «социального». Выпадение даже самого хорошего «материала» — интактного человеческого мозга — из социума в самом начале его развития (пример, когда маленькие дети отрываются от человеческого сообщества и оказываются среди животных) приводит к полному подавлению развития («очеловечивания») ребенка. Однако, конкретный ребенок находится не в социуме вообще, а взаимодействует с конкретными людьми, имеющими свой индивидуальный характер, определенную культуру, интеллект и т.д., что нередко называют «социальной микросредой». Даже такое обозначение социальной среды для реальной оценки оказывается явно недостаточным, так как в данном случае игнорируется сам ребенок, считается, что он остается неизменным. В процессе развития ребенка к началу каждого возрастного периода между ребенком и окружающей его микросредой складываются исключительные и неповторимые отношения. Эти отношения и есть суть социальной ситуации развития ребенка. Поэтому при анализе процесса необходимо учитывать, что для каждого периода развития ребенка является характерным и новый тип отношений между ним 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 психического развития ребенка и его возможности. Поэтому для врача и клинического психолога-практика крайне важным является понимание закономерностей развития психики ребенка, т.к. оно 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 он занимает в системе человеческих отношений, и изменение деятельности в данных конкретных жизненных условиях.

Для диагностики психического развития ребенка особенно важна оценка ведущей деятельности, которая характеризуется: формированием внутри нее новых видов деятельности, характерных для следующего возрастного периода; созреванием или перестройкой частных процессов (например, воображения — в абстрактное мышление и т.д.); основными психологическими изменениями личности. Однако ведущий тип деятельности- и та социальная среда, в которой растет и развивается ребенок, очень быстро начинают вступать в противоречия с новыми потребностями ребенка и старыми условиями их удовлетворения. Именно эти противоречия являются движущими силами развития психики. Поэтому критериями развития психики являются новообразования, которые представляют собой 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, сказываются важными проявлениями развития, когда стабильный период прерывается скачкообразными изменениями в психике ребенка в виде возрастных кризисов.

Из психопатологических и психосоматических расстройств, характерных для периода новорожденности, младенчества и раннего детства выделяют (В.В.Ковалев) такие синдромы, как: синдром невропапши, синдром раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдромы страха.

При невропатии характерными становятся разнообразные астенические проявления: повышенная раздражительность и возбудимость, капризность, неустойчивость настроения, быстрая истощаемость, выраженная пугливость, нарушения сна и соматовегетативные симптомы (срыгивания, рвоты, запоры, нарушения аппетита, избирательность питания, субфебрилитет, вегетативные кризы и обмороки).

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, расстройствами речи, иногда до полной «речевой блокады». Первым признаком раннего детского аутизма часто выступает отсутствие свойственного здоровым детям «комплекса оживления», а затем нарушением способности дифференцировать людей и неодушевленные предметы, нежеланием вступать в контакт, безэмоциональностью или паратимиями (неадекватными аффективными реакциями)в сочетании со страхом новизны. В раннем детстве к перечисленным клиническим проявлениям присоединяются однообразные манипуляции с предметами вместе игр, использование нетрадиционных для игровой деятельности предметов. Типичными являются и нарушения психомоторики в виде угловатости, несоразмерности произ-: вольных движений, неуклюжести, отсутствии содружественных движений, а также расстройства речи (от отсутствия до преобладания , «автономной речи» — разговора с самим собой).

Гипердинамический синдром проявляется, в первую очередь, двигательной расторможенностью, неусидчивостью и иными признаками гиперактивности в сочетании с нарушениями внимания (иногда он обозначается синдромом дефицита внимания). Характерными проявлениями данного синдрома являются:

1. Часто наблюдаемые беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, ребенок корчится, извивается).

2. Невозможность спокойно сидеть на месте, когда от него это требуют.

3. Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.

4. Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).

5. Суетливость (на вопросы часто отвечает не задумываясь, не выслушав их до конца).

6. При выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением).

7. С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

8. Часто переходит от одного незавершенного действия к другому.

9. Не может играть тихо спокойно.

10. Болтливость.

11. Назойливость (часто мешает другим, пристаёт к окружающим (например вмешивается в игры других детей).

12. Часто складывается впечатление, что ребёнок не слушает обращенную к нему речь.

13. Рассеянность (часто теряет вещи необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т.д.).

14. Снижение чувства опасности (часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях. При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).

Синдромы страха являются типичными для детей периода раннего детства. Они представляют собой гамму разнообразных по клинической форме феноменов. Страхи могут носить дифференцированный и недифференцированный характер, быть навязчивыми, сверхценными или бредовыми по структуре. Специфичными являются ночные страхи и страх темноты.

К характерным для детей в период новорожденности, младенчества и раннего детства являются такие психосоматические расстройства, как (Д.Н.Исаев): младенческая колика, аэрофагия, срыгивания, отсутствие аппетита (анорексия), извращение аппетита, жвачка (мерицизм), недостаточная прибавка массы тела или тучность, запор (констипация), энкопрез (недержание кала).

Младенческая колика, или «колики трехмесячного» проявляется приступами, сопровождающимися физической болью и эмоциональной реакцией на нее в виде громкого крика у ребенка 3-4 месяцев, возникающих, как правило, во второй половине дня и длящихся от нескольких минут до нескольких часов.

Аэрофагия характеризуется заглатыванием большого количества воздуха у жадно сосущих детей с последующим громким звуком а. вырывания воздуха наружу (отрыжкой). у Срыгивания в виде извержения небольших количеств пищи, поступившей во время кормления, наблюдаются в возрасте 4-18 месяцев и при психосоматическом генезе связаны с процессом чрезмерно жадного заглатывания пищи, быстрого сосания.

Анорексия входит в структуру невропатических проявлений и характеризуется утратой влечения к пище и негативизмом при кормлении. Значимым является психогенный фактор в виде неправильного воспитания (например, отрыва от матери).

Извращение аппетита (симптом Пика) обычно развивается на 2-3 году жизни и характеризуется употреблением в пищу несъедобных веществ (угля, глины, бумаги), что может быть связано с отвержением детей при неправильном типе воспитания.

Жвачка (мерицизм) рассматривается как невропатический симптом и проявляется в виде повторного пережевывания пищу после того, как заглоченная и переваренная пища отрыгивается.

Изменения массы тела (недостаточная прибавка или тучность) характерны для невропатических реакций при депривации или иных психогенных факторах.

Запор (констипация) может быть связан с эмоциональными нарушениями, проявляющимися депрессией, и нарушениями коммуникации с формированием навязчивого страха перед дефекацией в силу болезненности акта или повышенной стыдливости и застенчивости ребенка. Во втором случае констипация проявляется в новых условиях или вне дома, а затем ее проявления становятся связанными с физиологическими закономерностями.

Энкопрез (недержание кала) в виде непроизвольного выделения кала до соответствующей обстановки обусловлен часто ретардацией формирования контроля за деятельностью анального сфинктера. Часто данный симптом обусловлен невропатическими расстройствами вслед за психогениями.

Психические особенности и психосоматические расстройства у детей дошкольного и младшего школьного возраста

Из типичных для ребенка дошкольного и младшего школьного возраста психопатологических синдромов можно назвать синдром ухода и бродяжничества, синдромы патологического фантазирования.

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 от обусловлен микросоциальной средой и реакцией ребенка на психотравмирующую ситуацию в семье или в школе.

Синдромы патологического фантазирования включают живость воображения, склонность к смешиванию вымысла, фантазии и реальности. Часто 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. Возможны различные пути формирования данного синдрома — от психогенно-личностного, связанного с формированием и преобладанием шизоидного или истерического 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 поносы (диарея) и энкопрез.

Психологические особенности и психосоматические расстройства у подростков

В настоящее время к подросткам принято относить детей-12-15 лет, причем период 11-12 лет определяется как препубертатный период, а 13-15 лет — как пубертатный.

Врачам, в особенности педиатрам важно знать особенности подросткового возраста не только в плане 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 являющихся патологическими, но иногда таящими в себе опасность перерастания в «краевые психопатии».

К вышеупомянутым реакциям принято относить реакции оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования и некоторые другие реакции, обусловленные формирующимся половым влечением.

Реакция «оппозиции» — это активный протест, ее причиной могут быть слишком высокие требования, предъявляемые к подростку, непосильные нагрузки, утраты, недостаток внимания со стороны взрослых. Возникая в детстве, оппозиция усиливается в подростковом возрасте.

Реакция «имитации» проявляется в стремлении подражать определенному образцу, 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; неудачи в некоторых случаях заканчиваются нервным срывом.

Реакция «эмансипации» проявляется в стремлении освободиться от опеки, контроля и покровительства старших. Она распространяется и на порядки, законы и «стандарты» взрослых. Потребность в эмансипации связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение себя как личности. В повседневном поведении это — стремление сделать все «по-своему», в крайних вариантах — уходы и обеги из дома.

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

Сами юноши и девушки прежде всего воспринимают период «трудного возраста» как период физических перемен, становления психосексуальной идентификации. В переходном возрасте люди чаще, чем когда бы то ни было, становятся жертвами синдрома дисморфомании (бред физического недостатка), уделяя большое внимание своей внешности.

Определение «степени нормальности» человека — сложная и ответственная междисциплинарная проблема. Личностно ориентированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией как отечественной, так и мировой системы образования на всех его уровнях, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обеспечить «индивидуальную траекторию развития» не только так называемого среднестатистического ребенка, но ребенка, отличающегося яркой индивидуальностью и неповторимостью.

В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека все больше «размывается» и рассматривается в различных значениях.

Статистическая норма — это такой уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно важна на этапе первичной диагностики психического состояния ребенка при определении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т.п.),расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону собственно средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68 % лиц данной возрастной категории, пола и т.д. Имеющиеся качественно-количественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволяют квалифицировать с большей или меньшей точностью наблюдаемые особенности детского развития как индивидуальные

Функциональная норма. В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом развития каждого человека. Другими словами, это своего рода индивидуальная норма развития, которая является отавной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком, независимо от характера имеющихся у него нарушений. В данном контексте следует признать, что достигнутое состояние только тогда можно считать нормой, когда в процессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы наблюдается такое сочетание взаимоотношений личности и социума, при котором личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и при этом в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней социум в зависимости от возраста, пола, уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желаниями и умениями, с одной стороны, и требованиями со стороны социума — с другой.

Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на различные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи. Именно данное состояние можно рассматривать в качестве основного показателя душевного здоровья человека и рассматривать его в качестве критерия оптимального уровня социально-психологической адаптированности.

«...Мы считаем ребенка нормальным:

а) когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;

б) когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения,

в) когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости.

Указанные три критерия нормальности необходимо учитывать при оценке нормальности или анормальности детей и подростков». (Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков — патопсихология. — М.,1996.-С. 58-59.)

Идеальная норма — это некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях. Можно сказать, что это высший уровень нормы функциональной.

Виды отклоняющегося развития (дизонтогении)

Термин «дизонтогения» был введен представителями клинической медицины для обозначения различных форм нарушения нормального онтогенеза, возникающих в детском возрасте, когда морфофункциональные системы организма еще не достигли зрелости.

В большинстве своем это так называемые непрогредиентные болезненные состояния, своего рода пороки развития, подчиняющиеся тем же законам, что и нормальное развитие, но представляющие собой его патологическую модификацию, затрудняющую полноценное психосоциальное развитие ребенка без соответствующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

По имеющимся данным, первым термин «дизонтогения» употребил в 1927 г. Швальбе для обозначения отклонений в формировании структур организма в период внутриутробного развития. Соответственно в отечественной дефектологии, а ныне — специальной педагогике и специальной психологии долгое время был принят термин «аномалии развития». В период возникновения дефектологии использовался термин «дефективные дети». В настоящее время в связи с переходом от субъект-объектной педагогики к субъект-субъектной, ориентирующейся прежде всего на индивидуальный тренд развития ребенка, во всем мире идет поиск наиболее гуманной терминологии по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки в развитии. Это широко распространившиеся, но очень неопределенные термины: «дети группы риска» (child at risk), «дети с особыми нуждами» (children with special needs), «дети со специфическими образовательными потребностями» (children with special educational needs), «плохо адаптирующиеся дети» (maladjusted children), «дети, имеющие особые права» (children with special rights) — и начинающий использоваться в отечественных официальных документах термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». Кроме того, как в отечественных, так и международных документах, направленных прежде всего на создание равных возможностей для развития и образования детей с различными отклонениями, используется термин «инвалиды» (disabled children).

В соответствии с представлениями клиницистов Г.Е.Сухаревой и М.С.Певзнер, а также современными исследованиями в области нейропсихологии (В.В.Лебединский, Э. Г.Симерницкая, А.В.Семенович и др.) целесообразно рассмотреть следующие факторы, влияющие на тип возникшей у ребенка дизонтогении:

1) время и длительность воздействия повреждающих агентов (возрастная обусловленность дизонтогении), 2) их этиологию, 3) распространенность болезненного процесса — локальность или системность патогенного воздействия, 4) степень нарушения межфункциональных связей.

Это так называемые параметры дизонтогенеза. Рассмотрим их подробнее.

Возрастная обусловленность дизонтогении

В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью его структур и фондом роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора

При одних и тех же условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, а в других — более легкие и поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию (Л.С.Выготский, Г.Е.Сухарева, Г.Гельниц). Наиболее уязвимыми периодами детства является период «первичной незрелости» организма в период до трех лет, а также период перестройки организма в период пубертата, когда уже гармонически сформировавшиеся системы детского организма вновь утрачивают состояние равновесия, перестраиваясь на «взрослое» функционирование.

Согласно клинико-психологическим материалам, наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т. е. на ранних этапах эмбриогенеза, в первой трети беременности.

В период дошкольного и младшего школьного возраста (3— 11 лет) детский организм представляет собой систему, более устойчивую стойким необратимым отклонениям.

Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер реагирования патогенного воздействия. Это так называемые уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия:

сомато-вегетативный (от 0 до 3 лет) — на фоне незрелости всехсистем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;

психомоторный (4—7 лет) — интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов — неблагоприятных травмирующих отношений в семье, реакций на привыкание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;

аффективный (7—12 лет) — на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом — от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;

эмоционально-идеаторный (12—16 лет) — ведущий в препубертатном и пубертатном возрасте. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации. Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им менее заметное место в картине дизонтогении.

Перечисленные выше реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на ту или иную вредность.

Этиология нарушений

Под этиологией понимают не только причины возникновения тех или иных нарушений, но и условия, которые способствуют их появлению. Так, экзогенные вредности в зависимости от наследственной предрасположенности, определяющей чувствительность мозговых структур к тем или иным воздействиям, могут привести к разным по тяжести отклонениям в развитии. Совпадение во времени различных влияний также приводит к неодинаковым конечным результатам. Среди причин, вызывающих ухудшение психического здоровья детей, на первом месте стоит поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, на втором — хронические соматические заболевания.

Интенсивность и распространенность патологического процесса

Существенным условием выраженности той или иной патологии является интенсивность воздействия. С последним связана и распространенность болезненного процесса, характер сенсорных или интеллектуальных нарушений.

К локальным формам отклоняющегося развития принято относить дефекты отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речевой и двигательной сферы. К системным нарушениям разной тяжести относятся интеллектуальные дефекты — умственная отсталость и задержка психического развития.

Степень нарушения межфункциональных связей (в частности, межполушарных) и иерархических координации

Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера: при общем повреждении нервной системы в первую очередь чаще страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью, затем функции, связанные с поврежденной. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

Дефекты зрения и слуха возникают вследствие повреждена или недоразвития периферических звеньев соответствующего анализатора. При этом центральные отделы анализатора, корковых структуры, во многих случаях остаются сохранными, а изменении их функционирования может иметь вторичный характер, обусловленный депривацией (неупотреблением). При двигательной патологии также могут диагностироваться локальные повреждение эфферентного (исполнительного) звена анализатора, при сохранном состоянии других отделов головного мозга.

При рассмотрении природы речевой патологии принято считать, что во многих случаях оказываются затронутыми лишь специфические речевые корковые зоны, а в целом деятельность мозговых структур, обеспечивающих неречевые психические функции, остается сохранной.

В то же время при психологическом изучении нарушений психических функций у детей с разными формами локальной и системной патологии неизменно обнаруживаются сходные с нормой общие закономерности развития, проявляющиеся в возрастной периодизации развития психических функций. Эта периодизация, (одной стороны, обусловлена сроками биологического созревание областей коры и подкорковых образований головного мозга, их корково-подкорковых связей, с другой — характером и интенсивностью воздействий окружающей среды, обусловливающих степень и характер возникающих недостатков развития психических функций

Понятие о первичном и вторичном дефектах развития.Учение о компенсации

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л. С. Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозге и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные — имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции. «Наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции по сравнению с элементарными» (Т. 5. — С. 131). В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, т.е. направление вторичного недоразвития «снизу вверх», то затем, в случае несвоевременно начатой коррекционно-педагогической работы или при ее отсутствии, вторично возникшие явления психического недоразвития, а также неадекватные личностные установки, вызванные неудачами в различных видах деятельности, нередко начинают занимать ведущее место в формировании негативного отношения к себе, социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все более широкий круг психологических проблем, вторичное недоразвитие начинает оказывать негативное влияние на более элементарные психические функции, т.е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

Отталкиваясь от теории А.Адлера о значении различных «слабостей», недугов, дефектов для повышенного развития других функций, Л.С.Выготский сформулировал основные положения методологии и практики стимулирования компенсаторных процессов у детей и подростков с различными видами психического дизонтогенеза.

Ключевым понятием теории А.Адлера является понятие «комплекса неполноценности», которое формируется у человека, с позиции А.Адлера, благодаря его вечному стремлению к превосходству и которое обеспечивает в конечном счете преодоление имеющихся проблем в развитии.

А.Адлер называет его «вездесущее человеческое чувство неполноценности»: «...противоположность органической недостаточности из желаний, фантазий, снов, т.е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно вывести основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации» (Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. - М., 1993. - С. 22).

Вслед за А. Адлером Л. С. Выготский подчеркивает, что несмотря на то, что сам дефект есть в большинстве своем факт биологический, ребенок воспринимает его опосредованно, через трудности в самореализации, в занятии соответствующей социальной позиции, в установлении отношений с окружающими и т.п. Другими словами, наличие какого-либо органического дефекта еще не означает «дефективность» ребенка с позиции функциональной нормы развития. Влияние дефекта на самом деле всегда двойственно и противоречиво: с одной стороны, он затрудняя нормальное протекание деятельности организма, с другой — служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Как пишет Л. С. Выготский, «этот общий закон одинаково приложим к биологии и психологии организма: минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Компенсация недостаточности или повреждения каких-либо психических функций возможна только непрямым путем (непрямая или психическая компенсация), т.е. за счет создания «обходного пути», включающего либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемные, когда, например, невозможность овладения слепыми оптической системой знаков, лежащих в основе письменной речи, компенсируется осязательным каналом, что делает возможным развитие письменной речи на основе осязательной азбуки (шрифта Брайля). Именно в создании «обходных путей культурного развития ненормального ребенка» Л.С.Выготский видит «альфу и омегу» лечебной педагогики: «Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации».

На личностном уровне компенсация выступает в качестве одного из защитных механизмов личности, заключающихся в интенсивном поиске приемлемой замены реальной или мнимой несостоятельности. Наиболее зрелым защитным механизмом является сублимация (лат. sublime — наверх, вверх). В результате запуска данного механизма происходит переключение энергии с неудовлетворенных желаний (особенно сексуальных и агрессивных) на социально одобряемую активность, приносящую удовлетворение.

Основные виды психического дизонтогенеза

Одной из первых научных технологий отклоняющегося развития можно считать классификацию, предложенную Л. С. Выготским. В основе наиболее широко использующейся в настоящее время классификации видов психического дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, лежат представления отечественных и зарубежных ученых (Л.С.Выготский, Г.Е.Сухарева, В. В. Ковалев, Л.Каннер) об основных направлениях качественно несводимых друг к другу нарушений психического развития человека:

ретардация (задержанное развитие) — запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

дисфункция созревания связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды;

поврежденное развитие — изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

асинхрония (искаженное развитие) — диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В.Лебединского.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести),

задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

поврежденное развитие (органическая деменция),

дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

искаженное развитие (ранний детский аутизм),

дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.), что дает основание выделять специфическую группу дизонтогений под названием «дети со сложными недостатками развития». Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

Общие закономерности отклоняющегося развития

Вопрос об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития был поставлен Л. С. Выготским в начале XX в. в связи с формированием дефектологии как комплексной науки о человеке, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, понимание которых является условием разработки научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий.

Междисциплинарная направленность сравнительного изучения вариантов индивидуального развития в норме и при патологии развития в значительной степени способствует выявлению общих и специфических закономерностей и механизмов, лежащих в основе многообразия их проявлений. На протяжении 70—90-х гг. XX столетия накоплен большой объем клинико-физиологических материалов, раскрывающих этиологию, патогенез и нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе нарушений психических функций при разных формах отклоняющегося развития. Начиная с 70-х гг. все большее распространение получает нейропсихологический анализ отклоняющегося развития (А.Р.Лурия, Э.Г.Симерницкая, Т.В.Ахутина, А.В.Семенович и др.).

В начале века немецкий психиатр К. Бонгеффер на примере сравнительного изучения психических расстройств различной этиологии пришел к выводу, что ответных реакций со стороны психики человека гораздо меньше, чем патогенных факторов, поэтому всегда при любом типе нарушения можно наблюдать значительное количество общих реакций. Данный феномен был назван К. Бонгеффером «экзогенным типом реакции».

В конце XIX в. Дж. Джексоном, английским невропатологом, было разработано учение о послойном строении психической деятельности, в котором, в частности, была высказана идея о том, что любое психическое расстройство сопровождается так называемыми негативными «минус-симптомами», которые являются симптомами ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на всех ее уровнях. В них в той или иной степени отражается специфика нарушения. Вторая группа симптомов — продуктивные, представляющие собой менее специфическую реакцию организма на патогенное воздействие. Клинические исследования позволяют говорить о том, что и продуктивные и негативные симптомы скорее относятся к группе расстройств, имеющих общую этиологию и патогенез. Например, для психических расстройств органической природы обязательными негативными симптомами будут повышенная истощаемость, склонность к взрывным эмоциональным реакциям, повышенной агрессивности. При нарушениях психогенной природы — это снижение энергетического потенциала и регрессивное развитие личности. Продуктивные, или позитивные, симптомы обусловлены повышенной активностью сохранных уровней психики с целью преодоления патологического состояния. Это могут быть истерические реакции, страхи, повышенное двигательное беспокойство и т.п.

Одним из первых общие закономерности отклоняющегося развития применительно к различным видам психического дизонтогенеза были сформулированы В. И.Лубовским. Основным тезисом является доказательное постулирование наличия трех иерархических уровней закономерностей отклоняющегося развития.

1уровень — закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития

Текст 5. Абнормальность

«Определение абнормальности часто дается через отрицание: абнормальпым считается тот, кто не является нормальным. Подобное негативное определение научно несостоятельно, поскольку не объясняет сущhocти и явления, тем не менее мы считаем полезным привести здесь перечень выделенных Э. Сыржиштевой (1972) условий нормального функционирования личности, а также критерии оценки нормальности личности.

Согласно Э. Сыржиштевой, можно выделить следующие условия нормального функционирования личности:

1) динамическое равновесие между личностью и окружением;

2) динамическое равновесие различных душевных процессов и действий, главным образом равновесие потребностей личности;

3) единый характер определения приоритетности потребностей и выбора жизненно значимых целей, связанных с удовлетворением этих потребностей;

4) относительная устойчивость структуры личности в процессе ее изменения и развития;

5) динамическое равновесие между энергетическим потенциалом потребностей личности и расслаблением их напряжения.

Используя данное выше описание условий нормального функционирования личности, можно определить различные формы абнормальности следующим образом. Это нарушение:

динамического равновесия между личностью и окружением, координации психических процессов и действий;

соотношения потребностей, неспособность выбора и постановки жизненно важной цели или целей;

единой, относительно стабильной структуры личности в процессе ее изменений и развития;

психики как энергетической системы в распределении и плавном расслаблении напряжения (Э.Сыржиштева, 1972).

Любой вид дизонтогенетического развития характеризуется нарушением нормального психического отражения действительности, полным или частичным выпадением «психического инструментария»: снижены интеллектуальные способности, или выявляется социальная неадекватность, или выпадает какой-либо вид информации (зрительной, слуховой, зрительно-слуховой, действенной) об окружающей действительности. Для того чтобы у ребенка с той или иной патологией развития сформировались столь же полные и адекватные представления о разных сторонах окружающей действительности, как это происходит у нормально развивающихся детей, необходимы, безусловно, более длительные сроки и специальные методы.

Риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности

Этот параметр появился в последние годы в связи с усилением интеграционных процессов в образовании и со значением, которое стало придаваться развитию социальной компетентности людей, независимо от тяжести и характера имеющихся у них отклонений.

Данный параметр означает, что любой дефект затрудняет достижение человеком оптимального баланса между возможностью удовлетворения своих значимых потребностей и имеющимися для этого условиями, включая условия как чисто бытовые, например наличие пандусов для въезда на коляске, так и социально-психологические — готовность ближайшего социального окружения к общению с такими людьми.

II уровень — закономерности, характерные для группы дизонтогенетических расстройств (например, возникших вследствие недоразвития анализаторных систем — зрительной, слуховой, кожной, двигательной) или имеющих в своей основе раннее органическое повреждение головного мозга (умственная отсталость, задержка психического развития церебрально-органического генеза и т.д.).

III уровень — специфические закономерности, присущие конкретному виду дизонтогенеза (общему стойкому психическому недоразвитию по типу умственной отсталости, или искаженному развитию по типу раннего детского аутизма, или дефицитарному развитию вследствие недостаточности зрительного анализатора,и т.д.).

Наряду с общими закономерностями отклоняющегося развития, сопровождающими любой тип дизонтогенеза, можно выделить закономерности, специфические для каждого из трех основных направлений нарушенного онтогенетического развития, а также свойственные только каждому типу.

Для дизонтогенетических расстройств, возникающих преимущественно вследствие ранних органических повреждений или недоразвития различных структур головного мозга, характерны следующие проявления:

задержка в созревании мозга;

задержка разной степени выраженности в формировании молодых и высоко дифференцированных мозговых структур, таких, как лобные отделы головного мозга, зоны «перекрытия», лежащие на пересечении теменно-височно-затылочных отделов;

недостаточность общей интегративной деятельности мозга;

инертность психической деятельности;

нейродинамические нарушения, проявляющиеся в дисбалансе между процессами возбуждения и торможения (слабость процессов торможения, что ведет к чрезмерной иррадиации возбуждения);

нарушение функций активного внимания как базового условия эффективного включения в деятельность;

непрогредиентный характер течения;

трудности (а иногда невозможность) усвоения общеобразовательных стандартов всех уровней образовательной системы.

Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют те, у которых умственная отсталость возникла вследствие различных органических поражений, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся мозговых систем, в период до развития речи (до 2—3 лет). Это так называемые дети-олигофрены (от греч. малоумный). Данный термин был предложен немецким психиатром Э.Крепелином в начале XX в. для обозначения группы аномалий развития, разнородных по этиологии, клинической симптоматике, главной особенностью которых является тотальное психическое недоразвитие.

Умственно отсталые дети различаются степенью выраженности дефекта, измеряемой по тесту интеллекта Векслера в условных единицах. Дети с легкими степенями умственной отсталости (дебильность) составляют 75—80%. Их уровень интеллектуального развития (IQ) составляет 50—70 условных единиц. После обучения в специальных школах или классах, находящихся при массовых школах, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

Дети со средней выраженностью отсталости (имбецильность) составляют примерно 15 % случаев. Их уровень интеллектуального развития (IQ) составляет от 20 до 50 условных единиц. Некоторые из них (с умеренной умственной отсталостью, IQ 35—49) посещают специальную школу для имбецилов или учатся в специальных классах школы для умственно отсталых или воспитываются и обучаются в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено. Другая группа, с выраженной умственной отсталостью (IQ 20—34), овладевает лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, эти дети часто направляются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения.

Глубоко умственно отсталые дети (идиотия) в большинстве своем пожизненно находятся в интернатах Министерства социальной защиты населения. Некоторые, по желанию родителей, живут в семьях. Их общее количество — примерно 5% от всех умственно отсталых детей. Мышление таких детей практически полностью неразвито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым. Обычно они не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. IQ этих детей менее 20 единиц.

Дети-олигофрены характеризуются стойкими нарушениями всей психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в снижении активности познавательных процессов, особенно — словесно-логического мышления. Причем имеет место не только отставание от норм, но и глубокое своеобразие личностных проявлений и всей познавательной сферы. Таким образом, умственно отсталые дети ни в коей мере не могут быть приравнены к нормально развивающимся детям более младшего возраста. Они иные по основным своим проявлениям.

Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (задержкой психического развития) — одно из направлений специальной психологии, занимающееся изучением своеобразия психического развития детей с легкими нарушениями развития, имеющими характер дисфункций и легких повреждений. По всем изучаемым показателям психосоциального развития дети данной категории качественно отличаются от других дизонтогенетических расстройств, с одной стороны, и от «нормального» развития — с другой, занимая по уровню психического развития промежуточное положение между умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками. Так, по уровню интеллектуального развития, диагностируемого с помощью теста Векслера, дети с ЗПР часто оказываются в зоне так называемой пограничной умственной отсталости (IQ от 70 до 90 условных единиц). По Международной классификации (см. приложение 1 к разделу I) ЗПР определяется как «общее расстройство психологического развития» (F84).

К детям с задержкой психического развития относятся дети не имеющие выраженных отклонений в развитии (умственнойотсталости, тяжелого речевого недоразвития, выраженных первичных недостатков в функционировании отдельных анализаторных систем — слуха, зрения, двигательной системы). Дети данной категории испытывают трудности адаптации, в том числешкольной, вследствие различных биосоциальных причин (остагочных явлений легких повреждений центральной нервной системы или ее функциональной незрелости, соматической ослабленности, церебрастенических состояний, незрелости эмоционально-волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, а также педагогической запущенности в результате неблагоприятных социально-педагогических условий на ранних этапах онтогенеза ребенка). Трудности, которые испытывают дети сЗПР, могут быть обусловлены недостатками как в регуляционном компоненте психической деятельности (недостаточностьювнимания, незрелостью мотивационной сферы, общей познавательной пассивностью и сниженным самоконтролем), так и в ееоперациональном компоненте (сниженным уровнем развитияотдельных психических процессов, моторными нарушениями,нарушениями работоспособности). Перечисленные выше характеристики не препятствуют освоению детьми общеобразовательных программ развития, но обусловливают необходимость определенной их адаптации к психофизическим особенностям ребенка.

При своевременном оказании системы коррекционно-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.

В 1966 г. М. С. Певзнер была опубликована классификация ЗПР, включающая следующие клинические варианты-

1) психофизический инфантилизм с недоразвитием у детейэмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавагельной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

В последующие годы при обследовании детей, испытывающих трудности в обучении и обладающих слабовыраженными отклонениями в развитии, клинический диагноз ЗПР все чаще ставился в случаях, когда эмоционально-волевая незрелость сочеталась с недостаточным развитием познавательной сферы неолигофренической природы.

Когда говорят о различных типах дисгармонического развития личности, о степени отклонения личности от нормального развития, речь идет о патологических типах характера.

Характер (от греч. charakter — отличительная черта, особенность) определяется как совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, проявляющихся в деятельности и общении. Характер является результатом взаимодействия темперамента человека и условий воспитания. Формируясь на базе основных свойств темперамента, однозначно им не предопределяется. Существенный вклад вносит воспитание и формирующийся под его влиянием уровень морального, интеллектуального, эстетического развития человека (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., Рубинштейн С. Л. и др.).

Суть различий между характером и личностью хорошо сформулирована Ю. Б. Гиппенрейтер: «...черты характера отражают то, как действует человек, а черты личности — то, ради чего он действует. При этом очевидно, что способы поведения и направленность личности относительно независимы: применяя одни и те же способы, можно добиваться разных целей и, наоборот, устремляться к одной и той же цели разными способами» (Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. — М., 1988. — С.259).

Характер, его тип самым непосредственным образом обусловливает успешность социализации, выражающейся в различных формах социально-психологической адаптации, вплоть до ее патогенных форм.

Все попытки построения типологии характеров, возникавшие на стыке психологии и психиатрии, в своей основе имели следующие общие идеи:

• формируясь на протяжении онтогенеза ребенка, характер приобретает все большую устойчивость в своих чертах и поведенческих проявлениях;

• отдельные черты характера образуют устойчивые сочетания, которые определяют психологические типы людей.

Выраженность характера может быть различной: это может быть средний или «нормальный» характер, выраженный, или акцентуированный, и патологический. Последний, являясь причиной серьезных трудностей социально-психологической адаптации, находится под пристальным вниманием не только психологов, но и психиатров и носит название — психопатия. Психическое развитие при психопатии относят к дисгармоническому виду дизонтогенеза.

Выделяют три основные признака психопатии:

1) тотальность патологических черт, т.е. их одинаковое присутствие во всех сферах жизнедеятельности человека;

2) относительная стабильность во времени: малая подверженность изменениям на протяжении жизни человека;

3) социальная дезадаптация человека.

Говоря словами П. Б. Ганнушкина, психопатия представляет собой такие аномалии характера, которые «определяют весь психический облик индивидуума, накладывают на весь его душевный склад свой властный отпечаток... в течение жизни не подвергаются сколь-нибудь резким изменениям и «мешают» приспособиться к окружающей среде».

В детском возрасте, когда характер еще не приобрел своей окончательной системы черт, целесообразно говорить об «акцентуациях» характера (К.Леонгард).

Акцентуация (от лат. accentus — ударение) представляет собой наличие выраженных черт того или иного характера. Это хотя и крайний, но вариант «нормального» характера. Концепция акцентуированных личностей была разработана К. Леонгардом. Им было описано 12 типов акцентуаций, включая смешанный, типичный для подросткового возраста. По мнению К.Леонгарда, в развитых странах более половины населения можно отнести к акцентуированным личностям.

В случае акцентуаций перечисленные выше три признака психопатии могут отсутствовать полностью, а если они присутствуют, то по отдельности.

В настоящее время по происхождению можно выделить следующие виды психопатий:

Ядерные, или конституциональные.

Лица с данным видом психопатии обладают конституциональ-ной (наследственной) предрасположенностью в виде неблагоприятного сочетания отдельных свойств нервной системы. Такие психопатии, называемые истинными, проявляются уже в раннем детстве в виде «трудного» темперамента и других эмоционально-волевых нарушений. Уровень умственного развития при этом первично не страдает. В зависимости от формирующейся доминирующей диспозиции" личности соответственно формируются разные формы психопатий: возбудимые, неустойчивые и т.д

При данной этиологии психопатии внешние факторы активируют, запускают имеющееся предрасположение (В. Morel, 1857).

Краевые, или приобретенные.

Возникают под влиянием неблагоприятных факторов психологического и социального характера, таких, как неправильное воспитание, жестокость родителей, сильные эмоциональные потрясения. Ряд авторов (Е.Блейлер, М.О.Гуревич, В.А.Гиляровский, О. В. Кербиков) доказывали возможность психогенных изменений характера, которые принимают характер психопатий.

В современной литературе в качестве такого психологического состояния, обусловливающего резкое снижение и искажение адаптивных возможностей детского организма на всех уровнях его функционирования, описывается дистресс или посттравматическое стрессовое расстройство — ПТСР (Н. В. Вострокнутов). Дистресс — это состояние эмоционального напряжения, которое возникает при конфликтных, кризисных ситуациях и превышает по своей интенсивности и длительности индивидуальные адаптивные возможности ребенка. Проявляется в эмоционально-поведенческих расстройствах, трудностях социализации, что вызывает как трудности социального взаимодействия, так и обучения.

Органические.

Развиваются как следствие воздействия на организм ребенка в возрасте до трех лет различных вредностей (тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, мозговые инфекции, длительные истощающие соматические заболевания и т.п.). От общего числа психопатий составляют до 30%. Имеют благоприятную почву для возникновения при других дизонтогениях, связанных с поражениями головного мозга (при умственной отсталости, задержке психического развития церебрально-органического генеза, детском церебральном параличе).

Однако, не отрицая все изложенное выше, следует помнить, что патологический характер, как правило, является результирующей нескольких неблагоприятных факторов: биологических (в виде конституции или органической патологии), и средовых (в виде неблагоприятных условий воспитания).

РДА (ранний детский аутизм)

Яркими внешними проявлениями синдрома РДА являются:

аутизм как таковой, т. е. предельное «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией. Имеются сложности в выражении ребенком своих эмоциональных состояний и понимании им состояний других людей. Трудности установления эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей степени аутизм нарушает развитие отношений с чужими людьми; стереотипность в поведении, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Ребенок сопротивляется малейшим изменениям в обстановке, порядку жизни. Наблюдается поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение; захваченность одной и той же темой разговора, рисования и т.п. и постоянное возвращение к ней (текст характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно ее коммуникативной функции. Не менее чем в одной трети случаев это может проявляться в виде мутизма (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации при сохранении возможности случайного произнесения отдельных слов и даже фраз). Ребенок с РДА может иметь и формально хорошо развитую речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой. Однако такая речь носит характер-штампованности, «попу-гайности», «фотографичности». Ребенок не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь, может увлеченно декламировать одни и те же стихи, но не использовать речь даже в самых необходимых случаях, т.е. имеет место избегание речевого взаимодействия как такового. Для ребенка с РДА характерны речевые эхолалии (стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов), длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами: «дать пить», «накрыть» и т.д. Обращает на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка; раннее проявление указанных выше расстройств (в возрасте до 2,5 лет).

Наибольшая выраженность поведенческих проблем (самоизоляция, чрезмерная стереотипность поведения, страхи, агрессия и самоагрессия) наблюдается в дошкольном возрасте, с 3 до 5 — 6 лет

Вопросы психологической диагностики и коррекции при дизонтогениях

Диагностика является лишь начальным этапом в деятельности специального психолога, как, впрочем, и любого другого специалиста, и обязательно должна завершаться прогнозом и рекомендациями.

Владение современными методами психокоррекционной, псирофилактической и организационно-просветительской работы с детьми и ближайшим социумом — залог успешной реализации основных задач создаваемой службы специальной психологии в образовании.

Неотъемлемым условием, обеспечивающим возможности развития дифференциальной психологической диагностики, является тот обширный фонд накопленных знаний, созданный благодаря психологическим, педагогическим, клиническим и параклиническим исследованиям, ведущимся как отечественными, так и зарубежными учеными на протяжении многих десятилетий и охватывающими все нарушения развития.

В основе построения любых диагностических методик, направленных на выявление задержки психофизического развития разной степени выраженности, лежит ориентировка на общие и специфические закономерности отклоняющегося развития, а также учет закономерностей психического развития в условиях нормального онтогенеза, выраженных в качественно-количественных показателях.

Основным методом является комплексное, системное изучение ребенка разными специалистами и качественно-количественный анализ результатов такого изучения.

В зависимости от характера диагностических задач используется тот или иной пакет методов, позволяющих выявить ту или иную степень своеобразия в развитии ребенка.

Так, учитывая все нарастающие тенденции «стихийной» интеграции детей, имеющих слабовыраженные отклонения в развитии, в общеобразовательных учреждениях всех уровней необходимо на начальных этапах обучения предусмотреть возможности проведения массовых скрининговых срезов, направленных на выявление детей группы риска по интеллектуальным, поведенческим и эмоциональным нарушениям.

Для этой цели целесообразно использовать анкеты, которые дают возможность произвести предварительную оценку основных параметров психосоциального развития детей. Результатом проведения подобных срезов является профиль ребенка и средний профиль по группе.

Диагностическая ценность данной анкеты возрастает при совпадении профилей ребенка, полученных при независимом заполнении анкеты по крайней мере двумя близкими взрослыми.

Особую значимость приобретает диагностика состояния и уровня развития психических функций у детей на пороге школьного обучения.

Изучение нормально развивающихся детей, детей, имеющих умственную отсталость и задержку психического развития, проведенное различными авторами (В. И.Лубовский, А. Я. Иванова, Т. В. Егорова, Т.В.Розанова, У.В.Ульенкова и др.), показывает, что наиболее надежным дифференциально-диагностическим показателем, позволяющим различать детей данных категорий между собой, явяется показатель обучаемости, а точнее, различия в скорости, качестве, осознанности усвоения новых знаний, навыков, умений.

С этой целью можно использовать как специально разработанные психологические методы диагностики обучаемости, как, например, «Обучающий эксперимент» А.Я.Ивановой, так и любую ситуацию педагогического взаимодействия с ребенком, которое должно быть построено согласно структуре обучающего эксперимента, т. е. иметь три его основных структурных элемента (три этапа обучающего эксперимента).

Данная структура может быть выражена в формуле обучаемости, предложенной А. Я. Ивановой с целью качественно-количественного определения показателя обучаемости (ПО) ребенка:

ПО = ОР + ВП + ЛП.

1-й 2-й 3-й этап

На первом этапе (ориентировочном) — этапе самостоятельных проб в овладении каким-либо знанием, умением и т.д. —проявляется отношение ребенка к предложенному заданию, степень его заинтересованности и уровень результативности самостоятельных попыток решения новой задачи. Другими словами — уровень его актуального развития.

Сама по себе результативность или нерезультативность на этом этапе не имеет однозначной интерпретации. Так, например, низкие результаты могут иметь место как при выраженной педагогической запущенности, так и при умственной отсталости. В то же время высокие результаты по каким-либо областям знаний могут лишь говорить о хорошей выученности или натасканности ребенка.

На втором этапе (восприимчивости к помощи) происходит собственно обучение, начиная от стимулирующих и организующих воздействий вплоть до полного обучения.

На этом этапе необходимо фиксировать характер и количество оказываемой помощи. Любая помощь должна фиксироваться в речевой форме для создания оптимальных предпосылок для осознанного овладения любым новым знанием.

При одинаково низкой результативности на первом этапе, характеризующем уровень актуального развития, дети с ЗПР дают улучшение результатов уже при оказании им стимулирующей и организующей помощи. Тогда как для даже незначительного продвижения умственно отсталых детей необходимо содержательное обучение.

На третьем этапе (логического переноса) тестируется собственно результат обучения, способность к переносу. Для этого моделируется ситуация, в которой ребенок должен проявить знания, умения, которым его только что обучали. Например, ребенка обучали классифицировать предметы по цвету, форме и размеру. Hа данном этапе ему предъявляются другие объекты, отличающиеся от тех, на которых происходило обучение по цвету, формам, раз меру и т.д. С ними необходимо произвести то же действие «классификации» по разным признакам.

Способность к переносу полученных знаний в новые условия является главным критерием результативности процесса обучения и уровня обучаемости ребенка.

Можно выделить следующие уровни логического переноса:

1) полный перенос (ребенок правильно выполняет требуемое новое действие (или применяет новое знание) и дает его речевое описание);

2) неполный перенос (ребенок правильно выполняет требуемое новое действие (или применяет новое знание), но дает . частичное речевое описание совершаемых действий). Некоторые знания усвоены механически без осознания;

3) полный перенос в наглядно-действенной форме. Новые знания воспроизводятся, но не находят отражения в речи;

4) неполный перенос в наглядно-действенной форме. Усвоены и воспроизводятся в деятельности лишь некоторые из предлагавшихся для освоения знаний и навыков, отражения в речи они не находят

5) отсутствие переноса. Предлагавшиеся для освоения знания, навыки не усваиваются как «инструмент» познания в другой, хотя бы и очень незначительно отличающейся, ситуации.

Дети с ЗПР, как правило, демонстрируют 2-й и 3-й уровень переноса, тогда как для умственно отсталых детей наиболее характерными являются 4-й и 5-й уровни. Другими словами, зоны ближайшего развития последних, даже при использовании массированной помощи, ограниченна. Данная характерная особенность проявляется как в специально моделируемых диагностических ситуациях, так и в повседневном бытовом общении. Дети с трудом переключаются на новые способы деятельности, отношений, не дают большого продвижения при усвоении нового.

Вторым показателем в дифференциально-диагностическом аспекте является уровень и динамика развития разных форм мышления: наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического (С.Д.Забрамная, Т.В.Егорова, Т.В.Розанова, Л.И.Переслени, Е. А. Стребелева, Т.А.Стрекалова и др.).

Эти исследования, проводившиеся с применением одних и тех же или сходных методик с детьми разных категорий, позволили установить, что наряду с общими проблемами развития словесно-логического мышления при всех видах дизонтогенеза Наблюдается своеобразие в массированности недоразвития и сроках перехода к более высоким ступеням мыслительной деятельности.

Так, при умственной отсталости в той или иной степени нарушены все виды мыслительной деятельности, начиная от наглядно-действенного. При слабовыраженных отклонениях, таких, как ЗПР, преимущественно нарушается наглядно-образное и словеснологическое мышление. Причем при более легких состояниях, таких, как неосложненные формы психофизического инфантилизма, отмечается только задержка своевременного развития словесно-логического мышления.

Для дифференциации слабовыраженных отклонений в психическом развитии, к каким относится ЗПР, целесообразно опираться на данные о соотношении уровней развития познавательной сферы в онтогенезе ребенка и сферы произвольной регуляции деятельности. При недостаточном развитии по той или иной причине познавательной сферы (восприятия, памяти, мышления, речи) ребенок будет испытывать трудности в усвоении знаний и представлений об окружающем мире. Недостаточное развитие процессов регуляции произвольных форм деятельности, которое обусловливается несформированностью эмоционально-волевой сферы и функции произвольного внимания, также с неизбежностью влияет на успешность обучения.

Выявление недостатков, определяющих развитие познавательной системы, с одной стороны, и системы, обеспечивающей регуляцию произвольных форм деятельности, с другой, может быть положено в основу психологической дифференциации слабовыраженных отклонений в развитии (Е. М. Мастюкова1989).

При таком подходе детей, испытывающих трудности в усвоении знаний и навыков уже на первом этапе школьного обучения, можно разделить на две большие группы.

1. Дети с несформированной регуляцией произвольных форм деятельности.

2. Дети с несформированной познавательной сферой (память, восприятие, мышление, речь).

Безусловно, возможны различные сочетания в уровне сформированности познавательной и регуляторных сфер, а следовательно, и большое разнообразие вариантов индивидуального развития.

Психологическая дифференциация детей с отклонениями в йзвитии на две большие группы опирается на представления Л. С. Выготского о ведущем факторе в структуре дефекта и современные представления о механизмах, лежащих в основе высших психических функций.

В соответствии с данными, характеризующими психические особенности детей со слабовыраженными недостатками в развитии, можно дать описание 1-й и 2-й групп детей младшего школьного возраста со слабовыраженными отклонениями в развитии.

Дети, относящиеся к 1-й группе, имеют следующие особенности: живость и непосредственность эмоциональных реакции импульсивность, некоторый недоучет ситуации, наивность, oтсутствие глубины переживаний, преобладание игровых интересов над учебными, неспособность к волевому напряжению. Слабость самоконтроля, целеполагания, программирования действий про являются в особенностях выполнения двигательных и интеллектуальных заданий.

Эмоционально-волевая незрелость у детей этой группы сочетается с несформированностью непроизвольного и произвольного внимания. Последняя проступает в повышенной oтвлекаемости на раздражители, в недостаточной устойчивости и распределяемости внимания, в трудностях переключения на но вый вид деятельности. Для части детей характерна повышенная возбудимость, некоторая агрессивность, раздражительность.

Перечисленные особенности в целом можно определить как несформированность процессов регуляции деятельности.

Дефицит произвольного внимания закономерно сопровождается замедлением выполнения перцептивных операций, снижением их скорости и точности. В этих случаях слабая регуляция деятельности неизменно приводит к ухудшению запечатления поступающей из окружающей среды информации, коррелирующему с недостаточным запасом знаний и представлений.

Для детей этой группы характерна повышенная истощаемость, пресыщаемость на фоне несформированной учебной мотивации.

У детей 2-й группы на первый план выступают недостатки познавательной сферы. Они проявляются в ухудшенных по сравнению с нормой показателях мнестической деятельности, особенно отсроченного воспроизведения; отмечается повышенная тормозимость следов. Существенное, по сравнению с нормой, снижение показателей, характеризующих уровень развития различных форм мышления, и особенно словесно-логической, коррелирует с недостаточным объемом знаний и представлений. Нарушения пространственного гнозиса и праксиса обнаруживаются при выполнении различных наглядных задач.

Между представителями обеих групп детей отмечаются выраженные различия в особенностях эмоционально-волевой сферы. Для детей 2-й группы не характерны живость и непосредственность эмоциональных реакций. Им свойственна некоторая инертность в сочетании со слабостью побуждений, вялость, пассивность.

При сравнительном анализе характеристик детей 1-й группы слабовыраженными отклонениями в развитии и детей с ЗПР 1-я форма по клинической классификации) с психофизическим инфантилизмом просматривается сходство многих проявлений.

Характеристики детей, относящихся к 1-й группе, детей гиперактивных и детей с дефицитом внимания, во многом близки.

Приведенная характеристика детей со слабовыраженными отклонениями в развитии 1-й группы во многом напоминает детей с незрелой эмоционально-волевой сферой, при обследовании выявляется недостаточная готовность к обучению, затрудняющая их адаптацию к школьной жизни и отрицательно влияющая на усвоение знаний и представлений.

Психологическая характеристика детей 2-й группы близка к описанию детей с ЗПР церебрально-органического генеза, у которых органическая патология ЦНС является причиной ухудшения процессов памяти и мышления. Недостаточность процессов регуляции у этих детей в виде слабой направленности произвольного внимания, повышенной раздражительности или тормозимости неизменно наблюдается в процессе обследования.

Структура познавательной деятельности детей 1-й и 2-й групп отличается.

Структура дефекта детей, относящихся ко 2-й группе, напоминает легкую форму олигофрении, которая иногда классифицируется как пограничная умственная отсталость.

Характеристики детей 1-й и 2-й групп в системе приведенной психологической дифференциации согласуются и с педагогическими описаниями детей, испытывающих трудности обучения на начальных этапах школьной жизни. Детей, которых следует отнести к 1-й группе, можно рассматривать как не готовых к школе. Их адаптация к регламентированным условиям в рамках учебного распорядка может сопровождаться негативными реакциями. Особенности детей 2-й группы коррелируют с педагогическими характеристиками, указывающими на низкий запас знаний и представлений, на малую сообразительность, плохую восприимчивость нового материала, низкую познавательную активность.

Таким образом, использование приведенной выше психологической дифференциации позволяет специалистам разного профиля понимать друг друга при обследовании детей со слабовыраженными отклонениями в развитии и выборе эффективных средств преодоления этих отклонений.

Вышеизложенное необходимо учитывать при проведении психолого-педагогического наблюдения, а также при подборе диагностических методов, направленных на выявление детей и подростков с разными видами задержанного вида дизонтогенеза.

Накопленные психологические сведения являются убедительным обоснованием формирования специально организованной психолого-педагогической помощи детям описанных выше категорий. При этом залогом успешной адаптации, в том числе школьной, является как можно более раннее начало коррекционно-развивающей работы с детьми. Для координации деятельности различных специалистов, в соответствии с Письмом МО РФ от 27.03.2000, на базе образовательных учреждений рекомендуется создание психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПК).

Задачами ПМПК являются:

выявление и ранняя (с первых дней пребывания ребенка в учреждении) коррекция отклонений в развитии; профилактическая работа с детьми и семьями; выявление резервных возможностей развития; определение характера, продолжительности и эффективности специальной помощи детям, находящимся в учреждении.

На заседаниях ПМПК обсуждаются результаты обследования ребенка каждым специалистом и составляется коллегиальное заключение.

ПМПК должен проводиться не реже одного раза в квартал. В наиболее трудных диагностических или спорных случаях ребенок должен быть направлен, в соответствии с согласием родителей, в ПМПК окружного или городского уровней.

Особое значение необходимо уделять полноценному развитию ведущих деятельностей ребенка соответствующего возраст (непосредственно-эмоциональное общение в младенческом возрасте, предметная деятельность в раннем детстве, игровая деятельность в дошкольном возрасте, учебная — в младшем школьном, общественно полезная — в подростковом и юношеском возрасте).

В зависимости от конкретных условий специальное психолого-педагогическое, а в некоторых случаях и медицинское сопровождение может осуществляться как в учреждениях специального образования, так и в учреждениях массового вида.

**35. Психопатология. Эндогенные психозы**

Шизофрения

Шизофрения является наследственно-конституциональным прогредиентным психическим заболеванием, характеризующимся рядом патогномоничных психопатологических симптомов и синдромов. К характерным проявлениям относят так называемые «симптомы первого ранга» Курта Шнайдера: комментирующие и императивные вербальные псевдогаллюцинации; чувство «изымания или «вкладывания» посторонними людьми мыслей в голову пациента; убежденность в том, что мысли пациента известны окружающим и передаются другими людьми как по радио; «вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей их, бредовые идеи воздействия.

Наряду с перечисленными симптомами, выявление которых существенно увеличивает вероятность диагностики шизофрении, наблюдается большое количество иных, затрагивающих патологию различных познавательных процессов. В первую очередь, при шизофрении страдает мыслительный процесс, восприятие, эмоционально-волевая сфера, тогда как расстройства памяти и интеллекта не являются типичными.

Внимание. Э.Крепелин — основатель учения о шизофрении — был заинтересован изучением функционирования процесса внимания и считал, что для больных шизофренией характерно различие активного и пассивного внимания. Другие исследователи (Э.Маги и Дж.Чапман) в процессе экспериментов на помехоустойчивость обнаружили, что при шизофрении нарушен механизм фильтрации и механизмы настройки фильтра. Современные теории расстройств внимания при шизофрении отмечает дефект либо в автоматической, либо в концептуальной переработке информации (Ю.Б.Дормашев, В.Я.Романов).

Восприятие. Характерные нарушения процесса восприятия, наряду с классическими галлюцинаторными феноменами, включают усиление яркости, насыщенности зрительного и слухового анализаторов. Происходит обострение восприятия, связанное с переизбытком поступающих раздражителей. У больных шизофренией нарушается процесс фильтрации поступающих сигналов в сторону увеличения их количества, который способствует непосредственному проникновению в мозг нерегулируемого потока сенсорных раздражителей. Уникальным представляются сообщения ряда исследователей о том, что в некоторых случаях при шизофрении может подавляться вплоть до полного исчезновения ощущение боли. Одним из основным патопсихологических признаков болезни является неспособность пациентов не только сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, но и соответствующим образом на них реагировать. В клинике это проявляется трудностями, которые возникают у больных в понимании поступающих сигналов, в частности, на уровне коммуникации.

Память. По мнению В.М.Блейхера, косвенным признаком наличия аффективно-личностных изменений у больных шизофренией является кривая запоминания 10 слов в виде плато при отсутствии клинически определяемого снижения памяти.

Мышление. К клиническим признакам, относимым к патогномоничным для шизофрении, причисляют такие, как: разорванность мышления, резонерство, ментизм, шперрунг. В патопсихологических экспериментах выявляются наиболее типичные проявления искажения процессов обобщения: соскальзывания, разноплановость, а также конкретность мышления и некоторые иные. Особенно ярко симптомы выявляются при проведении методики классификации. Больные в процессе выполнения заданий выделяют группы, объединяя понятия на основании не основных, а латентных, несущественных признаков. Те же результаты получаются при выполнении больными шизофренией методики по дискриминации свойств понятий.

Некоторые авторы выявляют конкретность мышления пациентов, проявляющуюся утратой способности к абстрагированию, другие, пишут о типичности проявления разноплановости мышления вследствие нарушения целенаправленности мышления. Следует отметить, что выявление столь широкого и противоречевого спектра мыслительных нарушений можно объяснить различными формами шизофрении.

Яркие и выраженные клинические и патопсихологические признаки можно встретить при проведении методики пиктограмм. По мнению Б.В.Зейгарник, у больных шизофренией при исследовании данной методикой расстройства соотнесения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем.

Интересным представляется мнение о том, что у больных шизофренией нарушается восприятие слов и возникает т.н. патологический полисемантизм, т.е. слова начинают приобретать множественное значение и нередко смысловая структура слова расшатывается. На базе данного процесса формируется аморфность мышления и симптом резонерства.

В.М.Блейхер считает, что наибольшее количество ошибочных решений задач по шизофреническому типу (искажение обобщения, соскальзывания, разноплановость, одновременное сосуществование различных уровней обобщений и использование различных параметров критериев, согласно которым строятся суждения) в начальной стадии заболевания отмечается по методике классификации, тогда как по методике исключения отклонений не обнаруживается. При выраженном шизофреническом дефекте диагностическая значимость использования методик уравнивается.

О.Мaller описал в клинике шизофрении амотивационный синдром, включающий нарушения побуждений и мотивации, которому отводится центральное место в развитии патологического процесса, в частности, характерных мыслительных расстройств. Сутью амоти-вационного мышления, по В.М.Блейхеру, связанного с редукцией энергетического потенциала, является процессуальная прогредиентность, приводящая к распаду мышления. В чистом виде оно представлено при простой форме шизофрении.

О.К.Тихомиров проследил три звена психологического механизма нарушения мышления при шизофении. Первое звено — нарушение мотивационной сферы, которое приводит к нарушениям личностного смысла. Для больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятым и обусловленным реальной ситуацией знания человека о них. При этом уравниваются стандартные и нестандартные информативные признаки. Второе звено — придание нестандартным информативным признакам большего значения, чем стандартным. Нарушение селективности информации — третье звено.

Эмоции. Патогномоничные нарушения эмоций при шизофрении носят характер негативных симптомов. Клинически они проявляются снижением выраженности эмоциональных переживаний, апатией, неадекватным аффектом (паратимиями). Наряду с этим, характерным для шизофрении клиническим проявлением считается амбивалентность — двойственность в эмоциональной оценке, переживания подавляющего большинства происходящих событий.

Воля и мотивация. Негативные симптомы волевых нарушений также могут быть отнесены к типичным для шизофрении. В клинике ярко проявляются снижением энергетического потенциала, абулией, снижения контроля двигательных актов, амбитендентностью и аутизацией. К особым симптомам расстройства двигательно-волевой сферы относятся проявления кататонического синдрома (возбуждения и ступора), импульсивных действий, стереотипии, каталепсии.

Сознание и самосознание. При некоторых формах шизофрении типичными считаются нарушения самосознания. Нарушения же сознания в психиатрическом контексте проявляются лишь одной формой — онейроидным расстройством сознания.

Эпилептические психические расстройства

Эпилепсия — заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмами (судорожными, бессудорожными) и нарастающими изменениями личности. Именно психические нарушения в виде так называемых изменений личности представляют интерес для клинической психологии. Суть их заключается в нарушении различных сфер познавательной деятельности вплоть до эпилептической деменции. При этом основные симптомы затрагивают функционирование мыслительных процессов и эмоций. Расстройства внимания, памяти, восприятия и ощущений, хотя и являются частыми в клинической картине заболевания все же не считаются диагностически значимыми в плане оценки тяжести психических изменений.

Мышление. Наиболее яркими и существенными для оценки эпилептических психических расстройств мышления считаются такие симптомы как обстоятельность, вязкость, тугоподвижность мышления таких больных, их склонность к чрезмерной детализации. Отмечается снижение уровня обобщения, инертность, конкретность мышления и в связи с этим непонимание юмора. К специфическим речевым нарушениям относят олигофазию и употребление уменьшительно-ласкательных слов.

Воля и мотивация. По наблюдениям Б.С.Братуся у больных эпилепсией механизм «сдвига мотива на цель» ведет к сужению деятельности, сосредоточению ее на отдельных деталях.

С течением заболевания больным становятся труднодоступными не только сложные виды деятельности, но и прежде отработанные автоматизированные действия (навыки). Дезавтоматизация и нарастающая инертность психических процессов приводят к тому, что деятельность пациента становится лишь деятельностью по выполнению вспомогательных технических операций, причем этот процесс захватывает не одну какую-нибудь деятельность. Наряду с этим, происходит и смещение смысловых отношений, формируется феномен «сокращения смысловых единиц деятельности».

Эмоции. Нарушения эмоциональной сферы идет параллельно с изменениями всего строя психической деятельности. Инертность психических процессов на уровне эмоций находит свою выражение в аффективной ригидности, которая включает длительное доминирование какого-либо аффекта и фиксация на нем (к примеру, злопамятность). Отмечается также эксплозивность, взрывчатость, вспышки гнева — дисфорические эпизоды.

Органические психические расстройства

В соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра к органическим психическим расстройствам причисляют деменции при атрофических процессах коры головного мозга — болезнях Альцгеймера, Пика, сосудистые деменции, а также психические расстройства различной степени выраженности. Наибольший интерес для клинической психологии представляют деменции, при которых обнаруживается достаточно большой набор нейропсихологических и патопсихологических симптомов.

Внимание. В первую очередь при деменциях, возникающих как до так и после 65 лет, страдает активное внимание. Больные немогут сосредоточиваться на какой-либо деятельности, они рассеянны, быстро отвлекаются. Таким образом, страдает концентрация внимания, объем и распределение внимания.

Память. Наиболее типичными для деменций считаются мнести-ческие нарушения. По данным В.М.Блейхера кривая запоминания носит характер плато — пациент называет после каждого повторения не более 2-3 слов из прочитанных 10. Ярким клиническим феноменом выступает фиксационная амнезия. При этом нарушения (снижение) памяти следует закону Рибо.

Мышление. Типичным является снижение уровня обобщения. Наиболее частыми проявлениями являются расстройства речи. В зависимости от вида деменций речь нарушается по-разному. При болезни Пика типичными считаются так называемые стоячие обороты

Дифференциально-диагностические критерии деменций при болезнях Альгеймера и Пика

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинические признаки | Болезнь Альцгеймера | Болезнь Пика |
| Нарушения памяти | возникают на ранних этапах заболевания | возникают на поздних этапах заболевания |
| Амнестическая афазия | типична | нетипична |
| Симптом "стоячих оборотов" | отсутствует | характерен |
| Логоклония | характерна | не характерна |
| Палилалия | не наблюдается | типична |
| Речевая активность | снижается на более поздних этапах заболевания | прогрессивно снижается с начала заболевания |
| Аграфия | вначале заболевания - невозможность произвольно писать под диктовку, списывания и воспроизведения автоматизированных эн грамм | на поздних этапах заболевания |
| Алексия | на ранних этапах заболевания | длительно сохраняется возможность автоматического правильного чтения вслух без понимания прочитанного |

— стереотипно повторяемые больным слова, обрывки фраз (симптом граммафонной пластинки). При болезни Альцгеймера отмечается семантическая афазия.

Дифференциально-диагностические критерии деменций при болезнях Альгеймера и Пика, разработанные В.М.Блейхером, представлены в таблице.

**36. Методы исследования сознания**

Изучение сознания начинается с проверки ориентировки в личности пациента {аутопсихической ориентировки) — фамилия, имя, отчество, возраст, профессия и др. Ориентировка в месте, времени и окружающем носит название аллопсихшеской ориентировки: в месте — город, учреждение, где находится пациент; во времени — текущий год, месяц, число; в окружающем — с кем пациент беседует, кто его окружает. Проверяется также способность понимать вопросы и отвечать на них, выполнять некоторые задания (например, передавать переносный смысл пословиц, писать, рисовать), решать элементарные задачи (например, считать, складывать числа, умножать цифры). Полученные данные вместе с особенностями моторики и поведения позволяют определить степень ощущения. Для диагностики оглушенности требуется наличие наблюдательности. Установив факт оглушенности, следует несколько изменить план обследования пациента, говорить громче, терпеливо дожидаться, пока больной будет обдумывать ответ. Ответы же (точность дат, имен, последовательность событий и т.п.) необходимо оценивать с точки зрения патологии сознания.

Если известно, что нарушение (выключение) сознания возникло в результате сильного потрясения или переживания, то следует расспросить пациента о предшествовавших событиях, о самом травмировавшем психику факторе, о том, что было далее, кто оказал первую помощь, сопровождал в больницу и т.п. С помощью тщательного расспроса можно установить вид нарушения сознания, его длительность и др., что будет способствовать выбору наиболее рациональных терапевтических мероприятий.

Кроме беседы с пациентом (и его родственниками), для решения вопроса о сохранности сознания большое значение имеют данные наблюдения: мимика, пантомима, логичность поступков, своевременность их, законченность и т.д. Играет роль и патология других психических функций — иллюзии и raллюцинaции, бред, замедление мышления, персеверации, разорванность и др.

Для констатации сопора и комы прежде всего необходимо исключить возможность контакта с пациентом (задаются вопросы о фамилии, имени), после чего переходят к изучению внешнего вида, в частности — его положения, активных движений и особенностей соматических и вегетативных расстройств (пульс, дыхание, артериальное давление, потливость, окраска кожных покровов, непроизвольное испускание мочи и др.). Затем необходимо получить информацию о реакциях зрачков, мигательном рефлексе, болевой чувствительности, рефлексах — физиологических и патологических. При сопоре больной реагирует на уколы, сохраняется реакция зрачков на свет и корнеальный рефлекс. При коме функционируют только жизненно важные центры — дыхательный и сердечно-сосудистый. Если нельзя с уверенностью сделать заключение о наличии сопора или комы, то следует высказать предположительное заключение типа «глубокий сопор, переходящий в кому», «начинающаяся кома». В клинике в зависимости от нозологии при определении глубины и формы выключения сознания используются соответствующие лабораторные обследования (исследование крови на содержание этилового алкоголя, на глюкозу, остаточный азот, билирубин; мочи — на кетоновые тела, алкоголь, уробилин и др.) и симптомы — запах изо рта, консистенция глазных яблок и др.

При различных формах помрачения сознания описываются внешний вид больного (лицо, одежда), поведение (профессиональный делирий, мусситирующий, целеустремленность поступков, бессмысленные и бессистемные движения и пр.). Особое внимание обращается на состояние эмоциональной сферы (эмоциональная гипестезия при оглушении; относительно быстрая смена настроения при делирий; «мирные» эмоции — типа радости, удивления, легкого недовольства — при онейроиде; повышенная аффективность, злобность — при сумеречном расстройстве сознания; мимолетные, хотя и резкие, колебания в чувственной сфере (мгновенные переходы от плача к слезам, от радостного настроения к выраженной пугливости — при аменции и др.).

Если удается наладить с пациентом контакт, то наряду с проверкой правильности ориентировки и собиранием анамнестических сведений, необходимо выяснить характер расстройств в сферах восприятия, мышления, возможность критической оценки случившегося, а также исследовать особенности имеющихся у больного расстройств памяти и внимания.

В каждом случае наличия подозрений на нарушение сознания необходимо по возможности как можно быстрее пригласить соответствующего врача-специалиста.

**37. Исследование личности**

При любом заболевании страдает не только отдельный орган, определенная система, но и обязательно личность в целом, ибо организм и личность едины. Количественное и качественное изменение личности наряду с физиогенными причинами обусловлено и жизненными воздействиями, в том числе неблагоприятными биологическими и социальными факторами.

Постоянный контакт с больным требует от врача, медицинского психолога учета всех особенностей личности заболевшего с тем, чтобы, по образному выражению В.Н. Мясищева, не имел места «ветеринарно-зоотехнический подход к человеку».

Для врача и медицинского психолога, которые по роду своей деятельности вынуждены общаться с людьми различного возраста и пола, интеллектуального развития и характерологических особеностей и прочих свойств личности, к тому же измененных болезнью, чрезвычайно важно, знать не только общее, но, главным образом, конкретное и особенное при изучении личности данного определенного человека.

Выявив общее, медицинский психолог и врач находит лишь «диапазон». Конкретизировав частности в личности больного, можно получить возможность «тонкой настройки», которая в конечном итоге и определит эффективность психологического воздействия на человека, страдающего тем или иным заболеванием. Исследуя преморбидную структуру личности и те изменения, которые произошли в ней под влиянием заболевания, сопоставляя все эти изменения с вероятным характером анатомо-физио-логических нарушений в организме, сущность болезни познается наиболее полно. Только в таком случае можно в дальнейшем наиболее результативно воздействовать на патологический процесс для восстановления нарушенного равновесия заболевшего и окружающей биологической и социальной среды.

Всякий раз, когда возникает какой-либо вопрос о личности больного или тем более необходимость изучить его личность в целом, врачу приходится решать серию мыслительных задач и опираться для этого на ряд методов. Подобного рода алгоритм вполне подходит и для использования медицинским психологом. Однако при изучении личности необходимо помнить, что отдельных ее «элементов» очень много. Достаточно сказать, что в русском языке имеется более 1500 слов, обозначающих различные черты личности (К.К. Платонов), которые и являются элементами личности. Поэтому особо надо помнить о необходимости выделения существенного из несущественного.

Наиболее часто в клинической практике (особенно врачу) при изучении личности пациента приходится опираться на метод беседы. Именно благодаря этому методу выясняют историю развития личности больного, начиная с самого раннего детства. Больного тщательно расспрашивают о том, как он рос и развивался, какие характерологические особенности имели место в тот или иной период его жизни. От условий развития в дошкольном периоде переходят к обучению в школе и выясняют, легко ли давалось обучение, как учился больной, какие предметы его интересовали, проявлялись ли склонности к видам искусств, к занятиям спортом и т.п. Подробно исследуют условия социального окружения, взаимоотношения со сверстниками и выясняют, какую роль играл в то время больной во взаимоотношениях с товарищами (был ли в подчинении, наравне с прочими, возглавлял). Расспрашивают больного и об отношении к общественным мероприятиям, о его активности, инициативности и т.п.

Большое значение для формирования личности имеет та атмосфера, в которой происходило воспитание больного: частые скандалы, примеры аморальных поступков, запугивания и страхи, развитие неуверенности в своих силах и способностях или, наоборот, обстановка заласкивания, излишней предупредительности, создания обстоятельств, способствовавших переоценке собственных сил и возможностей и исключающих должную критику поступков, или же здоровое социальное окружение. Подробно прослеживают дальнейший жизненный путь больного: учебу в специальном учебном заведении, работу, семейную жизнь и др. Изучают характерологические особенности настоящего периода: идейно-моральные, интеллектуальные, волевые черты личности, типологические особенности, привычки и интересы, запросы и потребности и др. Наконец, сравнивают качества личности до и после начала заболевания, оценивают новые свойства в характере, появившиеся уже на протяжении болезни.

Обязательным является сбор анамнестических сведений со слов родных и близких, сослуживцев и товарищей, соседей и знакомых больного. Принимают во внимание характеристики с места работы и других общественных организаций.

Можно предложить пациенту написать автобиографию, где просят уделить определенное внимание личностным качествам родителей, братьев, сестер, а если это целесообразно, то и других родственников.

Методом беседы и, как принято говорить в психологии, биографическим методом, можно достаточно полно изучить особенности всех сторон личности больного. Особо надо отметить, что первые попытки изучения типа нервной системы человека были осуществлены именно этим способом, получившим специальное название — патобиографический метод, данное Б.Н. Бирманом, учеником И.П. Павлова. Позднее в нашей стране в рамках данного направления были разработаны варианты исследования типологических особенностей некоторых профессий, например летчиков (К..К. Платонов).

Значительно более точные данные о свойствах личности больного (в том числе и его типологических особенностях) могут быть получены методом лабораторного эксперимента, т.е. путем экспериментально-психологических исследований. При их проведении важно учитывать не только получаемые формальные результаты, но и то, как ведет себя больной во время исследования, как он реагирует на предлагаемые ему задания.

В условиях стационара изучение свойств личности пациента возможно путем естественного эксперимента. Естественный эксперимент проводится с помощью заранее обдуманного медицинским психологом или врачом целенаправленного создания определенных ситуаций, реакция больного на которые может выявить как особенности его отдельных психических процессов и состояний, так и качества характера и способностей. Большие возможности для естественного эксперимента предоставляют лечебная физкультура и трудотерапия.

Важнейшее место при изучении личности больного занимает наблюдение за ним. В условиях стационара при этом обращают внимание на его взаимоотношения с медицинским персоналом, с другими (какими именно?) больными, выполнение назначений врача, режима и т.п.

В качестве особого метода следует выделить анализ продуктов деятельности пациента, в частности при трудотерапии, и особенно продуктов его творчества: дневников, писем, заявлений, рисунков, чертежей и т.д. Но только сопоставление и анализ всех полученных данных позволяет прийти к объективным выводам и сделать заключение о личности в целом. Вот почему наиболее эффективный способ изучения и здоровой, и больной личности получил название метод обобщения независимых характеристик, причем для более полного раскрытия его сущности иногда добавляется: получаемых при изучении человека в различных видах его деятельности. Этот метод включает и обобщает все остальные, уже разобранные, в том числе и лабораторный эксперимент.

Широкое распространение за рубежом и в нашей стране в качестве инструмента для исследования личности получили различные психодиагностические методики, которые можно разделить на три большие группы: методики, основанные на собеседовании с испытуемым; личностные опросники и проективные методики.

Методики, основанные на собеседовании с испытуемыми (или, как их еще нередко называют, методики-интервью), являются одними из наиболее старых и распространенных. Они сводятся к получению от самих испытуемых необходимой информации в ходе непосредственной беседы с ними в специально созданных условиях. Методики-интервью подразделяются на структурированные (с заранее составленной последовательностью определенного содержания вопросов) и неструктурированные (при этом вопросы построены с учетом достаточной свободы испытуемого в своих отчетах).

Личностные опросники базируются на самоотчете испытуемого о каких-либо собственных значимых качествах. Различают одномерные и многомерные личностные опросники. Одномерные опросники используются для изучения какого-либо одного аспекта личности, например методики Спилбергера-Ханина (изучение реактивной и личностной тревожности), УСК (изучение различных аспектов уровня субъективного контроля), методика Тейлор (изучение тревожности) и т.д. Многомерные опросники предназначены для исследования широкого спектра личностных особенностей испытуемых, в их число, например, входят СМИЛ (Стандартизированный метод исследования личности) — отечественный вариант MMPI, 16-факторный личностный опросник Р. Б. Кэттэлла, Калифорнийский личностный опросник (CPI) и др.

Личностные опросники дают относительно полное, стандартизированное и свободное от личных взглядов экспериментатора представление об испытуемом, однако они не в полной мере защищены от различных искажений.

Проективные методики, по замыслу их создателей, предназначаются для раскрытия неосознаваемых конфликтов личности, ее скрытых мотивов, переживаний. В основе проективного метода лежат некоторые положения учения 3. Фрейда. Сам термин проективный метод в психодиагностике впервые предложил Л. Франк в 1939 г. Полагают, что в ответ на предъявляемые проективные стимулы испытуемые реагируют

выявлением неосознаваемых переживаний. К числу наиболее известных проективных методик относятся методика Роршаха, методика ТАТ; методика незаконченных предложений, методика Сонди; с определенными допущениями — методика изучения фрустрационной толерантности С. Розенцвейга и др.

В пособиях и руководствах психодиагностические методики, используемые для исследования личности, освещены достаточно подробно.

**38. Методы исследования интеллекта**

Прежде всего следует установить соответствие имеющегося у больного запаса знаний и образования, соответствие жизненного опыта возрасту, характеру трудовой деятельности. Для этого пациенту предлагают целый ряд вопросов, которые обязательно должны быть соотнесены с образованием и вообще предполагаемым уровнем развития интеллекта. Если это условие не будет учтено, то дальнейший контакт с больным может быть нарушен. Особенно это касается тех случаев, когда у пациента с высоким уровнем образования спрашивают элементарные сведения или если при отсутствии у человека достаточной подготовки ему предлагаются слишком сложные вопросы. В дальнейшем в соответствии с имеющимся умственным багажом применяют специальные методики для .проверки возможностей анализа и синтеза.

При изучении интеллекта человека пожилого возраста необходимо помнить, что, согласно исследованиям, проведенным в последние десятилетия, установлено менее разрушительное влияние старения на интеллектуальные способности более одаренных людей.

Результаты исследования интеллекта сопоставляют с данными исследования остальных психических функций. Только после этого можно сделать окончательный вывод о психическом состоянии больного и о тех практических мероприятиях, которые целесообразны при общении с ним.

В качестве методов психодиагностики интеллекта в настоящее время во всех странах мира очень широкое распространение получили различные психометрические методы. Среди них наиболее известны взрослый и детский варианты методики Д. Векслера и методика прогрессивных матриц Дж. Рейвена.

Исследование интеллекта по методу Д. Векслера. Предложено его автором в 1949 году для детей и в 1955 году для взрослых. В нашей стране методика применительно к взрослым была адаптирована в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в 1969 году, а детский вариант методики — А.Ю. Панасюком в 1973 году.

Методика предназначена для комплексного исследования интеллекта и вычисления интеллектуального коэффициента IQ. Взрослый вариант методики рассчитан на возрастной интервал от 16 до 64 лет (может быть использован и в более старшем возрасте); детский вариант применяется от 5 до 15 лет 11 месяцев 29 дней.

Методика состоит из 11 (взрослый вариант) или 12 (детский вариант)

субтестов, каждый из которых является самостоятельной психодиагностической методикой, исследующей те или иные стороны осуществления интеллектуальной деятельности. Все субтесты разделены на две группы — вербальные (6 субтестов) и невербальные (5 субтестов во взрослом варианте и 6 субтестов в детском варианте). Группа вербальных субтестов включает:

субтест 1 (общая осведомленность) — исследует воспроизведение:

ранее усвоенного материала, в известной мере измеряет объем полученных испытуемым знаний, состояние долговременной памяти. Является в значительной степени культурально обусловленным субтестом -1

субтест 2 (общая понятливость) — содержит вопросы, позволяющий оценить социальный и культурный опыт испытуемого, способность формирования им умозаключений на основе прошлого опыта;

субтест 3 (арифметический) — диагностирует способность концентрации активного внимания, быстроту мышления, способность оперирования арифметическим материалом. Результаты этого субтеста обнаруживают обратную зависимость от возраста;

субтест 4 (сходства) — оценивает логический характер мышления, способность формирования логического понятия. Субтест может обнаруживать некоторую обратную зависимость успешности выполнения от возраста испытуемого;

субтест 5 (воспроизведение цифровых рядов в прямом и обратном порядке) — применяется для исследования оперативной памяти и внимания;

субтест 6 (словарный) — служит для оценки словарного запаса испытуемых.

Перечисленные шесть субтестов хотя и относятся к группе вербальных, сами по себе являются достаточно неоднородными. Наиболее убедительно это показали исследования Д. Бромлей (1966), установившей различную динамику успешности выполнения отдельных вербальных субтестов в зависимости от возраста.

По результатам выполнения испытуемым вербальных субтестов вычисляется их интегральная оценка — так называемый вербальный IQ.

Невербальные субтесты представлены пятью методиками у взрослых и шестью у детей.

субтест 7 (цифровых символов, шифровка) — исследует зрительно-моторную координацию, психомоторику, способность к научению;

субтест 8 (нахождение недостающих деталей в картине) — выявляет способность испытуемого выделять существенные признаки предмета или явления, исследует концентрацию активного внимания, ее роль при воспроизведении образов;

субтест 9 (кубики Кооса) — служит для исследования пространственного воображения, конструктивного мышления;

субтест 10 (последовательные картины) — выявляет способность установления испытуемым последовательности развития сюжета по серии картинок, его антиципацию мышления и способность к планированию социальных действий. В определенной мере по результатам выполнения данного субтеста можно получить представление о социальном интеллекте испытуемого;

субтест 11 (сложение фигур) — измеряет способность составления из отдельных фрагментов единого смыслового целого, зрительно-моторную координацию испытуемого.

Детский вариант методики измерения интеллекта Д. Векслера в своей невербальной части содержит также еще один субтест, альтернативный субтесту шифровки цифр — субтест 12 (лабиринты).

Точно так же, как определяется интегральный показатель вербальных субтестов, рассчитывается и интегральный показатель выполнения невербальных субтестов — невербальный IQ. Затем на основе полученных результатов производится определение общего IQ.

Все показатели интеллектуального коэффициента рассчитываются в зависимости от возраста испытуемого.

Тест Векслера тщательно стандартизирован, имеет высокую надежность (для взрослого варианта — 0,97, для детского варианта — 0,95—0,96).

Методика широко применяется в клинической практике, коррекционной педагогике (преимущественно в олигофренопедагогике), профессиональном отборе, судебно-психологической экспертизе.

Шкала прогрессивных матриц Дж. Рейвена. Предложена в 1936 году. Разрабатывалась в рамках традиционной английской школы психологии, согласно которой наилучшим способом измерения фактора интеллекта является выявление отношений между абстрактными фигурами.

Черно-белые стандартные матрицы Рейвена предназначены для взрослых в возрасте от 20 до 65 лет; с их помощью могут быть также исследованы дети и подростки в возрасте от 8 до 14 лет.

Цветные матрицы Рейвена (более простой вариант методики) применяются для исследования детей в возрасте от 5 до 11 лет; их рекомендуют применять также для лиц старше 65 лет и умственно сниженных лиц.

Продвинутые матрицы Рейвена предназначены для исследования интеллекта у одаренных личностей.

Методика Рейвена состоит из невербальных заданий, что, по мнению многих зарубежных исследователей интеллекта, имеет важное значение, так как позволяет меньше учитывать знания, приобретенные испытуемым в процессе образования и благодаря жизненному опыту.

Стандартные матрицы Рейвена включают 60 черно-белых таблиц, объединенных в пять серий возрастающей трудности: А, В, С, D, В. Каждая серия содержит 12 таблиц, расположенных в порядке возрастания сложности геометрического изображения.

Серия А использует принцип установления взаимосвязи в структуре матриц. От испытуемого требуется дополнить недостающую часть изображения. Исследуются: способность дифференциации основных элементов структуры и раскрытия связей между ними; способность идентификации недостающей части структуры и сличения ее с представленными образцами. Серия В построена по принципу аналогии между парами фигур. Испытуемый должен найти принцип, соответственно которому построена в каждом отдельном случае аналогия, и, исходя из этого, подобрать недостающий фрагмент.

Серия С сформирована по принципу прогрессивных изменений в фигурах матриц. Эти фигуры в пределах одной матрицы все более усложняются, происходит как бы их непрерывное развитие.

Матричные фигуры в серии D построены по принципу перегруппировки. Испытуемый должен обнаружить эту перегруппировку, происходящую в горизонтальном и вертикальном направлениях.

Серия Е основана на принципе разложения фигур основного изображения на элементы. Недостающую фигуру можно найти, поняв принцип анализа и синтеза фигур.

Методика прогрессивных матриц Рейвена позволяет при помощи специальной таблицы переводить полученные результаты в интеллектуальный коэффициент IQ. Надежность методики достаточно высока — по данным ряда специальных исследований она колеблется от 0,7 до 0,89. Методика Рейвена широко используется в профотборе и клинической психодиагностике. В нашей стране методики Дж. Рейвена адаптируются коллективом сотрудников Института психологиии РАН под руководством В.И. Белопольского.

Помимо описанных существуют и другие методики ддя психометрического исследования интеллекта (Р. Амтхауэра, Р. Кэттэлла и т.д.).

**39. Исследование воли и психомоторики**

Особенности отдельных движений (частота, ритмичность, амплитуда и др.) описываются очень подробно. При эхо-симптомах отмечается, какие слова, жесты, выражения лица повторяются, копируются больным, о чем впоследствии указывается в сведениях о пациенте.

Выясняют, как больной проводит свое свободное время — помогает ли домашним в работе, читает ли газеты, журналы, как ест (в том числе — сколько съедает) и проч.

При оценке поведения пациента особое внимание обращается на дифференциацию: стремление к движениям (ничем не обоснованным, нелепым), стремление к деятельности (имеющей определенный смысл). Не должно ускользать от внимания и то, что некоторые психомоторные расстройства иногда усиливаются или ослабевают в момент обследования пациента.

Если пациент неподвижен, то после оценки его внешнего вида, вегетативных расстройств, реакции на обращенные к нему слова нужно предложить больному выполнить какое-либо движение. В большинстве случаев больной указанию не следует, даже при повторных просьбах. Только при объяснении, что «необходимо проверить движения в суставах» производят несколько пассивных двигательных актов (сгибают больному руку, ногу и др.). При этом обращается внимание на тонус мышц — гипертония, гипотония. Если имеются явления восковой гибкости, то иногда удается придать конечностям, голове больного различные положения, сохраняя каждое из них на несколько (15—20) секунд. Во время совершения пассивных движений возможна реакция больного (общая, егетативная). В некоторых случаях наличие мышечного напряжения, негативизм, особенно активный, могут указывать на то, что у больного, находящегося в ступоре, нет помрачения сознания. Если состояние ближе к субступорозному или наблюдается восковая гибкость, или имеются основания предположить наличие галлюцинаций (особенно зрительных), то следует предполагать, что сознание расстроено по типу онейроидного.

В случае активного негативизма целесообразно воспользоваться приемом Саарма: не получив ответа от больного, обращаются с тем же вопросом к другому больному (или к другому человеку). Заметив, что его «игнорируют», больной внезапно начинает отвечать.

Двигательная заторможенность при некоторых видах ступора снижается к вечеру, ночью. Когда в комнате тихо, освещение слабое (ночное), такие больные встают, молча медленно ходят по комнате, могут самостоятельно принимать специально оставленную для них около постели пищу. В других случаях пища берется больным на кровать и больной начинает есть, накрывшись с головой одеялом. Если больной мутичен, то можно попробовать вступить в контакт с ним, пользуясь следующим приемом: в спокойной обстановке тихим разборчивым шепотом пациенту задается какой-либо простой вопрос. Если больной отвечает, задается еще ряд вопросов.

Использовать фазовые гипноидные состояния удастся, разумеется, и» всегда. Более верный способ расторможения больного, находящегося в состоянии ступора, — введение медикаментов.

Врачом (или в его присутствии медсестрой) внутривенно медленно вводится раствор барбамила (5% — 0,5—2,0 мл) или гексенала (10% -, 0,5—1,0 мл), или этилового спирта на глюкозе (33% — 3,0—6,0 мл)

Отмечается следующая за началом введения вегетативная реакции Но просы начинают задавать уже во время введения первых порций и продолжают в течение следующих 5—10 минут (о состоянии, предшествовавших заболеванию, о самочувствии в настоящее время, нарушениях восприятия, мышления и др). Затем срок растормажимаемого действия медикамента истекает и больной перестает отвечать на вопросы. Поэтому их следует заранее заготовить — сформулировав, установить последовательность и т.п.

Иногда применением возбуждающих средств удается вообще вывестипациента из состояния ступора (например, психогенного). В этих случаях кроме перечисленных выше вопросов, следует задать вопросы об отношении больного к своему состоянию, о восприятии окружающего во время ступора, о переживаниях в это время и, если возможно, собрать краткий анамнез болезни, жизни.

Всегда необходимо помнить о возможности нарушений в психических сферах, о суицидальных («плохих») мыслях. Все полученные данные способствуют более правильному определению состояния больного. Сравнительно редкие случаи так называемых импульсивных влечений и действий подвергаются особенно тщательному изучению по схеме: «побуждение — желание — осознание моги поп» и т.д. Обычно при импульсивных явлениях этапами двигательно-волевой активности являются «побуждение — выполнение».

Для исследования психомоторики используется целый ряд экспериментальных приемов: общепризнанной клинической методики исследования психомоторики до сих пор не существует. Методики изучения психомоторики позволяют получить представления о силе, быстроте, выносливости, ловкости, гибкости двитжений, а также о целостном состоянии психомоторики.

В течение многих лет широко распространена методика Н.И, Озерецковского, модифицированная применительно к современным условиям исследователями различных стран (Германии, США и др.). Она представляет собой набор отдельных тестов, позволяющих исследовать отдельные компоненты движений: статическую координацию, динамическую координацию, быстроту движений, синкинезии (излишние сопровождающие движения), одновременность движений и их силу.

Для изучения психомоторики используют также и набор предложенных А.Р. Лурия нейропсихологических методик, позволяющих исследовать определенную топику поражения высших отделов двигательного анализатора.

Н.П. Вайзманом (1976) была предложена комплексная батарея методик для исследования психомоторики, состоящая из 12 отдельных заданий, разработанных ранее разными авторами. Она состоит из следующих тестов:

1. Тест на статическую координацию движений. Исследует функции статического равновесия и выявляет преимущественно участие руброспинального уровня по Н.А. Бернштейну.

2. Тест на динамическую координацию. Определяет согласованность деятельности большого количества мышечных групп с удержанием равновесия. Выявляет преимущественно активность уровня синергий и нижнего подуровня пространственного поля по НА. Бернштейну.

3. Тест на скорость движения тела. Отражает динамическую координацию всего тела и позволяет судить о быстроте и ловкости движений. Выявляет преимущественно активность уровней В и С1 по Н.А. Бернштейну.

4. Тест на ручную ловкость. Определяет быстроту манипуляции мелкими предметами, ручную умелость. Выявляет деятельность предметного и пространственного уровня организации движений по Н.А. Бернштейну.

5. Тест на ритмичность движений. Отражает сохранность корковой деятельности.

6. Тест на одновременность движений. Характеризует корковый уровень построения движений, выявляет синкинезии.

7. Тест на двигательную память. Отражает функционирование фронтальных отделов коры больших полушарий головного мозга уровня D.

8. Тест на координацию движений и двигательную память. Выявляет функционирование уровня D по Н.А. Бернштейну.

9. Мимический тест. Отражает корковую организацию движений.

10. Тест на мышечную силу. Выявляет деятельность пространственного поля С2.

11. Тест на статическую выносливость. Выявляет деятельность руброспинального уровня А.

12. Тест на динамическую координацию движений. Отражает ловкость, двигательную маневренность. Выявляет деятельность уровня синергий В.

По мнению авторов, указанная батарея методик позволяет успешно выявлять качественные нарушения психомоторики.

**40. Исследование эмоций и чувств**

Исследование начинается с осмотра больного. Если для депрессивного больного его внешний вид совершенно безразличен (давно небритое лицо, волосы в беспорядке, больной не следит за костюмом, обувью и др.), то при повышенном настроении забота о внешнем виде приобретает форму своеобразной гипертрофии. Тут и невероятная, но тщательно выполненная прическа, у женщин — крашеные губы (при отсутствии помады — при помощи карандаша, даже химического), подведенные глаза. Больные стремятся всячески украсить себя, для чего в условиях больницы применяют самодельные бусы, браслеты и кольца, бумажные цветы, листья и ветки.

Выражение лица у больных с нарушениями в эмоциональной сфере лучше, чем в каком-либо другом случае, соответствует известной поговорке: «лицо — зеркало души». При повышенном настроении веселая, беззаботная улыбка не сходит с лица. Мимика при этом живая, энергичная и захватывает все группы мышц. Больные кружатся и танцуют, громко декламируют свои стихи, с увлечением поют задорные, шутливые песни. Искрящееся веселье и оживленная деятельность заражает окружающих, и все это продолжается большую часть суток — как в палате, так и во время прогулок, свиданий с родными. Хотя эйфоричные, маниакальные больные и мало спят, однако самочувствие у них «всегда отличное, настроение бодрое и радостное».

Резкую противоположность описанному состоянию представляет из себя депрессия. С застывшего лица больного не сходит выражение печали и скорби. Характерен остановившийся «потухший» взгляд из-под полуопущенных (больше снаружи) век (складки Верагуга). Длительное напряжение лобной мышцы приводит в конце концов к образованию своеобразно изгибающейся складки в виде «фигуры омеги» между бровями. Голова опущена, согбенная спина, повисшие вдоль туловища руки, «окаменелая поза» — характерные черты депрессивного синдрома. Тихую, медленную и чуть слышную речь, не сопровождающуюся необходимыми жестами и мимикой, можно услышать лишь после неоднократного обращения к больному.

Лицо больного с апатией или с эмоциональной тупостью невыразительно, «безболезненно». Движения медленные, и то только самые необходимые. Нет такого события, происшествия (радостного или трагического), которое способно было бы вывести больного из подобных состояний. Вступить в контакт с таким больным, несмотря на все старания, обычно не удается.

При амбивалентности чувств на лице попеременно отражается одно из противоположных чувств. Амбивалентность проявляется также и в жестах. При известной настойчивости и умелом подходе к больному с амбивалентностью о его эмоциональном состоянии удается более подробно узнать из рассказа.

Кроме лица и одежды, необходимо также при возможности осмотреть кожные покровы. Подобный осмотр бывает особенно результативен при состояниях депрессии с тенденциями к самоубийству. Сделать это зачастую бывает не так-то легко в силу нежелания больного подвергаться осмотру. При обследовании обращается внимание на свежие или старые рубчики в области кистей, предплечий и локтевых вен (чаще слева); внимательный осмотр шеи производится с целью обнаружения следов странгуляционной борозды. Из других поверхностных повреждений могут быть следы ушибов головы, порезов области живота, тушения сигарет о кожу и др.

При изучении расстройств в эмоциональной сфере обязательным является обследование состояния вегетативной нервной системы. Обращается особое внимание на частоту дыхания и пульса, величину артериального давления, размер зрачков, увлажненность видимых слизистых оболочек, сон и аппетит. При депрессии, например, характерны анорексия, артериальная гипертензия, упорная бессонница, сухость кожных покровов, рта и конъюнктивы. В. П. Протопоповым описана триада симптомов при депрессии: мидриаз, тахикардия, спастические запоры. Параллельно происходит снижение веса тела. У женщин могут временно отсутствовать менструации.

Некоторые из перечисленных расстройств наблюдаются и при маниакальном синдроме.

Таким образом, данные осмотра, обследования вегетативной нервной системы и наблюдения за больным для определения его эмоционального состояния могут дать очень много. Особенно важны подобные объективные сведения в тех случаях, когда больные склонны к диссимудяции, например, при депрессии. Подсобным материалом при этом могут служить данные, почерпнутые из рассказов родственников, знакомых пациента, его соседей по палате и т.п.

Но всего этого еще недостаточно. Следующим этапом исследования эмоциональной сферы пациента является беседа с ним самим. Нужно спросить его, как он относится к своему состоянию, проявляет ли заботу о детях, родителях, скучает ли в их отсутствие и т.п. Следует обратить внимание на эмоциональную окраску ответов (адекватная реакция, неадекватная, монотонная). При этом отмечается, какие вопросы (по содержанию, по форме) вызывают соответствующие эмоции: отрицательные, положительные и др.

Нужно, пользуясь всеми имеющимися сведениями, постараться наладить с больным тесный эмоциональный контакт и уловить его истинное душевное состояние. Иногда это сделать довольно трудно даже опытному специалисту. Поэтому при малейшем подозрении на диссимуляцию (равно как и при явной депрессии) необходимо принимать предохранительные меры с целью предотвращения самотравматизации и самоубийства.

Вызвать на откровенность больных со скорбным психическим бесчувствием значительно легче. В таких случаях рассказ бывает особенно красочным и содержательным, так как больных весьма удручает «невозможность чувствовать, как все». При скорбном психическом бесчувствии всегда имеет место склонность к самоубийству, поэтому за этими пациентами также необходим строгий надзор.

Для констатации того или иного расстройства в сфере чувств показателен также и характер бреда. При депрессивных состояниях чаще всего больные высказывают бредовые идеи самообвинения и самоуничижения, обворовывания и обнищания, преследования и ущерба. При расстройствах из группы гипертимии бредовые идеи также могут иметь место (бред величия, богатства, изобретения). В высказываниях таких больных легко уловить наклонность к переоценке своей личности, собственных достоинств и возможностей. Может иметь место цинизм и сексуальная расторможенность.

При изучении патологии эмоций тщательному описанию внешнего вида пациента, его контактности и прочего необходимо уделять самое пристальное внимание. Здесь, как нигде, недопустимы формулировки и определения, в которых фигурируют слова «хорошо», «плохо», удовлетворительно». Правильным будет лишь подробное, полное до мелочей описание имеющихся у больного особенностей, при чтении которого вывод должен напрашиваться сам.

Экспериментальное исследование эмоций и чувств достаточно сложно. Оно включает в себя изучение, во-первых, неосознаваемых процессов, происходящих в различных системах организма, конечным выражением которых является вегетативное сопровождение эмоциональных ракций. Важным достоинством такого подхода является то, что регистрируемые таким образом параметры практически не подвержены контролю со стороны сознания испытуемого, поэтому достаточно достоверны.

Для исследования вегетативного сопровождения эмоций используются изучение кожногальванической реакций, электрокардиография, реоэнцефалография, а также комплексное изучение сразу нескольких функций — полиграфия. Подробное описание этих методов исследования приводится в специальных руководствах по психофизиологии.

Другим направлением исследования эмоций и чувств является изучение их по выразительным движениям мышц лица (мимике), жестам, движениям корпуса и конечностей, особенно рук, и т.п. Эти исследования широко применяются в различных отраслях прикладной психологии ч психиатрии для решения многих практических вопросов, связанных преимущественно с аспектами социального функционирования.

Еще одним направлением изучения эмоций и чувств можно назвать изучение различных проявлений эмоциональных реакций человека — настроений, аффектов, стресса, фрустрации и т.п. Для этих целей разработаны специальные психодиагностические подходы и методики, среди которых можно выделить стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ), методику изучения фрустрационной устойчивости С. Розенцвейга и др.

Наконец, одним из важных направлений исследования эмоций и чувств является изучение их в комплексе реакций, одновременно возникающих у субъекта в определенных ситуациях, т.е. изучение эмоционально-личностного реагирования.

**41. Методы исследования внимания**

Расстройства внимания выявляются как во время беседы с пациентом (отвлекается на посторонние раздражители, не может сосредоточиться на теме беседы, быстро утомляется), так и в ходе специального психодиагностического исследования.

Методики для специального психодиагностического исследования внимания можно разделить на психофизиологические и патопсихологические.

К психофизиологическим методикам исследования внимания относятся методики, использующие специальную аппаратуру, в частности тахистоскопические установки, аппараты «Мнемотест», «Ритмотест» и др.

При помощи этих аппаратов можно наносить кратковременные, с определенной экспозицией, зрительные (в виде цифры, фигур» слов и т.п.) (тахистоскоп, «Мнемотест») и звуковые («Ритмотест») раздражения. Таким образом создаются условия для проверки отдельных свойств внимания — его устойчивости, объема, способности к переключению;

кроме того, данные установки позволяют диагностировать состояние и иных психических функций — восприятия, памяти.

Из патопсихологических методик исследования внимания наиболее известны и часто используются различные варианты корректурных проб, счет по Крепелину, отыскивание чисел по таблицам Шульте (в том числе Шульте— Горбова), ряд методик на переключение (методика М.С. Лебединского, чередование антонимов и синонимов, сложение с поочередно меняющимися слагаемыми, поочередное вычитание).

Корректурные пробы. Совокупность различных вариантов определенных бланковых методик, исследующих степень концентрации внимания, его устойчивость, а также особенности его переключения (варианты методики с переключением).

Методика была впервые предложена в 1895 году Б. Бурдоном. Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в специальном порядке букв, цифр или окружностей с направленными в различные стороны разрывами (вариант Э. Ландольта), или различных фигурок и т.д. Варианты с использованием окружностей и фигурок удобны для исследования малограмотных, детей младшего возраста и лиц, не являющихся носителями того языка, на котором проводится исследование. Инструкция предусматривает просмотр испытуемым ряда за рядом и вычеркивание (подчеркивание, вычеркивание и подчеркивание в случаях проб с переключением) одного или двух знаков (букв, цифр, определенных фигур). При этом каждые 30 или 60 секунд исследующий делает отметку в том месте бланка, где в это время находится карандаш пациента. Регистрируется также время, затрачиваемое испытуемым на выполнение всего задания.

Проверка выполнения задания проводится по заранее заготовленному в соответствии с даваемыми инструкциями образцу путем сопоставления. Результаты оцениваются по количеству пропущенных букв или других знаков, а также по времени выполнения заданнного количества строк. Результаты выполнения корректурной пробы легко выразить количественно и графически. Уровень концентрации внимания может быть представлен с помощью индекса точности К = S / п, где S — число строк бланка, проработанных испытуемым; n — количество ошибок (пропусков или ошибочных зачеркиваний).

Темп выполнения задания может быть определен с помощью следующей формулы: Т = S / t, где S — количество знаков в проработанной испытуемым части корректурной таблицы; t — время выполнения (в секундах).

Показатель переключаемости вычисляется по формуле П= (S1 / S) x 100, где S1 — количество ошибочно обработанных строк; S — общее количество строк в проработанной испытуемым части бланка. При оценке переключаемости внимания испытуемый получает инструкцию вычеркивать разные наборы знаков в четных и нечетных строках корректурной таблицы.

Использование количественных методов оценки корректурной пробы позволяет получать сопоставимые в различных исследованиях показатели.

В оценке методики существенное значение имеет структура распределения ошибок — встречаются ли они на всем бланке равномерно или наблюдаются преимущественно в конце (свидетельство истощаемости внимания). Имеет значение также характер ошибок — пропуски отдельных букв или строчек; зачеркивание других, рядом расположенных или внешне похожих букв и т.п.

Для каждой серии бланков необходимо рассчитывать собственные нормативы выполнения методики. Все же можно ориентироваться на следующие: здоровые испытуемые выполняют задание (с вычеркиванием на бланке формата А4 двух заданных букв) за 6—8 минут, допуская при этом не более 15 ошибок.

Помимо диагностики особенностей внимания с помощью корректурной пробы можно получить и представление об особенностях отношения пациента к исследованию.

Счет по Крепелину. Методика была предложена Э. Крепелином в 1895 году. Предназначена для исследования упражняемости и утомляемости как факторов работоспособности.

Испытуемому предъявляются таблицы, на которых напечатаны столбцы однозначных чисел; обследуемый производит сложение этих цифр, а из полученной суммы записывает только единицы, отбрасывая десятки (однако это не обязательное условие и в отдельных случаях, когда такой способ фиксации результатов только затрудняет выполнение методики, можно записывать получающуюся сумму полностью).

Бланки для проведения методики должны быть четко отпечатаны, не содержать каких-либо нечеткостей и исправлений в написании знаков, так как это затрудняет восприятие и ухудшает результаты выполнения задания. Допускается печатать бланки методики на пишущей машинке.

Так же, как и при проведении корректурной пробы, исследующий каждые 30 секунд: делает свою отметку в том месте бланка, где в данное время находится испытуемый.

При оценке результатов выполнения методики учитывается количество сложений, количество допущенных ошибок (то и другое — как для всего бланка в целом, так и для каждого отрезка времени), общее время выполнения задания. Результаты выполнения могут быть представлены графически.

Полученные в ходе методики данные могут дать представление о равномерности и темпе выполнения задания, выявить наличие истощаемости, врабатываемости, расстройства внимания.

Необходимо учитывать, что испытуемые, профессиональная деятельность которых связана с выполнением счетных операций, могут показывать ложно положительные результаты, поэтому для них данная методика не должна использоваться.

Отыскивание чисел по таблицам Шульте. Таблицы Шульте представляют собой пять таблиц (их можно изготовить самостоятельно) размером 60 х 60 см, на каждой из которых в случайном порядке расположены числа от 1 до 25.

При выполнении задания испытуемый отыскивает числа по порядку, показывает их и называет вслух. Время, затрачиваемое испытуемым на каждую таблицу, фиксируется секундомером. В случае необходимости можно также фиксировать количество чисел, которые находятся испытуемым в течение каждых 30 секунд.

При оценке результатов учитывается и сравнивается время, затраченное на каждую таблицу. Результаты могут быть представлены графически.

Здоровые испытуемые, как правило, поиск чисел в таблицах ведут равномерно по времени, в последующих таблицах у них может даже наблюдаться ускорение темпа выполнения задания. Причинами неравномерности поиска чисел и его длительности могут быть: повышенная истощаемость, запоздалая врабатываемость, нарушение критичности, сознательное искажение результатов. Так как таблицы Шульте почти не запоминаются, они могут быть использованы для проведения повторных динамических исследований.

Изучение переключения внимания проводится по двухцветной (черно-красной) таблице Шульте—Горбова. На ней в случайном порядке изображено 49 чисел — от 1 до 25 черные и от 1 до 24 красные. Инструкция предусматривает три этапа выполнения задания: первый — испытуемый должен в возрастающем порядке отыскивать, называть и показывать указкой черные числа; второй — испытуемый должен отыскивать, называть и показывать указкой красные числа в порядке убывания; третий — испытуемый должен показывать черные и красные числа попеременно и в разном порядке, т.е. 1 — черное и 24 — красное, 2 — черное и 23 — красное и т.д.

Время на поиск чисел при необходимости переключения внимания оказывается большим, чем то, которое затрачивается на отыскания чисел по порядку.

**42. Методы исследования ощущений, восприятия и представлений**

Осмотр и наблюдение в некоторых случаях могут дать очень много. О наличии, например, гиперестезии и гиперпатии можно судить по особенностям реакций на некоторые раздражители: человек садится к окну спиной, просит собеседника говорить негромко, сам старается произносить слова тихо, полушепотом, вздрагивает и морщится при скрипе или хлопаньи двери.

При слуховых галлюцинациях больные затыкают уши (пальцами, ватой), накрывают голову подушкой; могут разговаривать с голосами, либо отвечая им целыми предложениями с соответствующей мимикой и жестами, либо произнося периодически (даже во время беседы с другим человеком) отдельные слова, восклицания. В этом случае смысл произносимых слов может совершенно не вязаться с темой разговора. Если «голос вмешивается» в беседу, это можно иногда заметить: слова и предложения произносятся больным без необходимой интонации и соответствующего выражения лица, он как бы автоматически повторяет слова «голоса». При благоприятных обстоятельствах с «голосами» можно наладить «контакт», что послужит более углубленному изучению переживаний больного и может быть использовано в лечебно-диагностических целях.

В психиатрическую клинику был доставлен больной со слуховыми галлюцинациями, в которых его жене приказывалось ложиться на пол, стоять на одной ноге, висеть на руках на дверной раме и др. Сопровождавшая больного жена периодически выполняла «распоряжения голоса» уже в течение двух дней. Дежурным врачом было выявлено, что «приказы для жены передаются по рации», причем «приемником служат серебряные зубы больного». Случайное обстоятельство — наличие металлических зубов у врача — помогло ему вмешаться в «распоряжения» и освободить жену больного от необходимости совершения нелепых поступков.

Упомянутые в примере императивные галлюцинации вызывают необходимость установить за больным строгий надзор, а при разговоре соблюдать известную осторожность.

Не всегда больной со слуховыми галлюцинациями отвечает голосам. Бывает, что, уединившись где-нибудь в спокойном от шума месте, он сидит или стоит в напряженной позе, к чему-то сосредоточенно прислушиваясь, прячется под стоя, кровать (при угрожающих слуховых галлюцинациях). Такого больного выдает живое выражение глаз, периодически пробегающая по лицу полуулыбка или выражение удивления, недовольства и пр.

Больного со зрительными иллюзиями или галлюцинациями определить значительно легче. Прежде всего бросается в глаза выражение лица — то веселое, то испуганное, с «бегающими глазами», живой мимикой.

Характерны резкие повороты головы, корпуса тела, постоянное или периодическое общее двигательное беспокойство, чувства страха, удивления и т.д. Подобные больные постоянно обращаются к персоналу за помощью:

подводят к окну, в поисках галлюцинаторных образов предлагают вместе с ними заглядывать под кровати, за двери, иногда указывают на «массы насекомых», мелких животных, просят прогнать их, стряхивают с одежды. Иногда психомоторный синдром носит черты профессиональной деятельности: директор магазина «со всеми сотрудниками» оформляет к празднику витрину; портной «делает выкройки», систематически обращаясь к окружающим, принимая их за работников мастерской.

Осмотр полости носа у больного с обонятельными галлюцинациями может привести к обнаружению бумаги, ваты или специальных трубочек-фильтров, «предохряняющих» больного от неприятных, раздражающих запахов. Такие больные постоянно принюхиваются, подозрительно осматривают пол и стены помещения, пытаются всеми способами выбраться на свежий воздух, не всегда сообщая об истинной причине своих поступков. Обонятельные галлюцинации мешают больному принимать пищу. Особенно характерен отказ от приема пищи при наличии вкусовых иллюзий или галлюцинаций.

Осмотр пациента с тактильными галлюцинациями тоже бывает обычно результативен, так как обилие «бегающих по телу насекомых», «передвижение в сосудах шариков, комочков, гусениц», наличие «волос и щепок во рту», вызывая зуд и жжение кожи «и под кожей», заставляют больных постоянно находиться в движении и предъявлять соответствующие жалобы. Многие пациенты протирают кожу различными жидкостями или пропитывают ими одежду, вскрывают вены, наносят себе другие повреждения. Характерны глубокие расчесы кожи, обширные участки гиперемии от частого трения.

Иногда странное поведение человека и необъяснимые на первый взгляд поступки связаны с нарушениями сенсорного синтеза, например при явлениях дереализации (человек в страхе «спасается от падающей стены»). При соответствующих вопросах пациенты обычно охотно описывают свои переживания.

Однако при многих расстройствах восприятия осмотр может не привести ни к каким положительным результатам. Тогда следует перейти к расспросу пациента: о травмах головы, о перенесенных в прошлом инфекционных и органических заболеваниях головного мозга, об интоксикациях (бытовых, производственных). Расспрашивая затем об окликах, мелькании в глазах, тактильных и других галлюцинаторных образах, ощущениях и о восприятии собственного тела, личности, необходимо тщательно следить за тем, как собеседник отвечает на вопросы (невпопад, с периодическими задержками — при слуховых галлюцинациях; избегает отвечать на некоторые вопросы — при склонности диссимулировать и т.п.). Показательны рассказы о «видениях», которые окружающие «почему-то не замечали». Учитывая культурный уровень некоторых пациентов, можно иногда расспросить о «привидениях» и др.

При необходимости дифференцировать нарушения восприятия с патологией других психических сфер обследование должно проводиться особенно детально и тщательно, с привлечением всех возможных способов обследования, в том числе и экспериментально-психологических.

Сведения о нарушениях акта восприятия можно иногда добыть из писем или другой письменной продукции пациентов. При наличии художественных способностей пациенты могут отображать свои переживания в виде рисунков, схем.

Необходимость проверки акта восприятия у здорового человека может возникнуть, например, при прохождении медицинского освидетельствования с целью профотбора. В этих случаях выясняют степень отклонения того или иного органа чувств от нормы. Для исследования используют шепотную речь, специальные таблицы с рядами букв и знаков (Крюкова, Головина, цветные таблицы Рабкина и др.), эстезиометры и др.

В неврологической и иных клиниках, когда налицо те или иные нарушения акта восприятия, применяют сложные психофизиологические методы, позволяющие выявить даже незначительные отклонения зрения, слуха, обоняния, различных видов чувствительности (криоскоп, перметр, скиоскоп; пробы Вебера, Ринне, Швабаха и пр.).

В экспериментальной психологии восприятие исследуют при помощи тахистоскопии (в настоящее время с этими же целями используются многофункциональные психофизиологические аппараты «Мнемотест», «Ритмотест» и «Бинатест»), разнообразных таблиц и рисунков. Например, применяются таблицы с изображениями предметов или их силуэтами, наложенными один на другой (таблицы Поппельрейтера): исследуемый должен узнать предмет, сказать, сколько он видит предметов, как они взаиморасполагаются и др. Можно использовать рисунки-схемы со зрительными иллюзиями, рисунки типа «фигура и фон», загадочные картиники и т.п.

В любом случае, проводя исследование ощущений, восприятий и представлений, всегда надо использовать комплексный подход, включающий в себя как экспериментально-психологическое (в том числе и инструментальное) исследование, так и—в особенности — беседу с испытуемым, собирание его жалоб и анамнеза, подробный расспрос о его ощущениях, восприятиях и представлениях.

**43. Методы исследования мышления**

Задача эта представляется весьма сложной уже хотя бы потому, что само по себе мышление — процесс многообразный, многоступенчатый и изобилует различными вариантами. Особенно важны те характерологические качества, которые мы обязательно должны учитывать при изучении мышления у конкретного субъекта. Без знания свойств личности достоверные результаты получить невозможно. Следовательно, при оценке ассоциаций, понятий, умозаключений, суждений исследуемого необходимо проверить весь ход мыслительного процесса, различные его этапы, вникнуть в сущность отдельных операций.

При осмотре пациента обращается внимание как на внешний вид больного, так и на его поведение и речь. Больные с бредом величия нередко носят «погоны», самостоятельного изготовления «ордена» и «знаки отличия». Таким больным свойственны горделивый вид, повелительный тон в обращении с окружающими. Защищаясь «от воздействия», больные с бредом преследования совершают различные ритуалы или носят при себе амулеты и имеют «защитные приспособления». Так, в клинику был доставлен бальной (аспирант-физик), который, «спасаясь от преследователей, скрылся из Москвы». С целью защиты «от облучения» больной привязал к спине подушку, а к животу сковородку и оделся в вывернутый мехом вверх тулуп. Другая больная постоянно держала над головой кусок клеенки, «предохраняя» себя от «воздействия электромагнитных волн».

При религиозном бреде бальные носят с собою «живые мощи» и переписанные молитвы, прикрепляют к одежде «священные знаки» — кресты, изображения святых и т.п. Подобные же символы могут быть нарисованы или вытатуированы на коже. Один больной с религиозным бредом наносил себе повреждения (кровоподтеки, царапины) и так усердно молился, что в области лба в конце-концов обозначилась значительная припухлость.

Нами наблюдался больной с бредом значения, не разрешавший дотрагиваться до правой половины тела, так как это «может принести несчастье» прикасающемуся к нему человеку.

Больные с бредом преследования, уничтожения, постоянно опасаясь за свою жизнь, насторожены, подозрительны, недоверчивы, следят за каждым движением окружающих. Если удается установить с ними контакт и больные начинают верить, что собеседник не опасен и желает им только добра, то тогда становится возможным узнать о сложных системах запоров и замков в их квартирах, о ножах, шилах, гирьках, которые больному приходится носить с собой с целью возможной самообороны. При бреде отравления больные отказываются от приема лекарств и пищи, при бреде обворовывают — собирают в узелки свои вещи, постоянно носят их с собой и даже закапывают в землю.

Соответствующее какому-либо животному поведение больного укажет на наличие бреда метаморфозы (больной передвигается на четвереньках, лает, рычит и т.п.).

При навязчивостях можно заметить некоторые лишние движения, жесты, вынужденные позы, вытекающие из характера навязчивости. Например, больной все время держит пальцы рук сомкнутыми или руки сложенными на груди, чтобы не взять какой-либо мелкий предмет и «незаметно для себя не проглотить его». Специфические движения совершают также больные с символическим мышлением и явлениями психического автоматизма,

Если нарушения мышления входят в состав какого-либо синдрома, то при осмотре обнаруживается соответствующая патология (например, депрессивность, галлюцинации).

Речь больного с расстройствами мышления иногда очень показательна. Особенно рельефно проявляется замедление: ответы даются с задержкой, после многократного повторения вопроса. Внезапные остановки в речи больного свидетельствуют о явлении шперрунга. В других случаях о «закупорке мыслей» больные сообщают самостоятельно. Характерна также речь больных с обстоятельным мышлением: несмотря на вновь заданный вопрос, больной продолжает разговор в плане предыдущей темы. Скорость возникновения и качества ассоциаций можно определить в ассоциативном эксперименте. В спонтанной речи больного легко можно отметить персеверацию, разорванность и ее виды и другие так называемые формальные расстройства ассоциативного процесса. Имеют также значение лаконичность или распространенность ответов, богатство словарного запаса и смыслового содержания и пр.

Патология суждения в спонтанной речи проявляется не всегда, поэтому больному следует задать специальные вопросы: об отношении к нему окружающих (раньше, теперь, дома, на улице и др.), о самочувствии, деятельности внутренних органов, о наличии страхов и опасений и т.п., не делая специального акцента на возможности постороннего воздействия, преследования, лишения его жизни. Более конкретно можно расспрашивать о навязчивостях, ибо критика к ним остается во всех случаях. Наоборот, большие затруднения могут возникнуть, если беседа ведется с больным, у которого имеются сверхценные идеи. Нужен большой такт и осторожность в выражениях, вопросы следует ставить обдуманно, не сразу касаясь в них существа болезненного расстройства мышления. Только при таком подходе удается вызвать больного на откровенный рассказ о его переживаниях и идеях. Сказанное особенно относится к случаям налаживания контакта с «изобретателями».

В процессе разговора с больным нередко встречаются затруднения, например, при склонности больного к диссимуляции (утаиванию) имеющихся бредовых или других идей. Такие больные всячески уходят от прямых ответов, переводят разговор на другую тему или пытаются «объяснить» свои неправильные, нелогичные поступки («из дома не выходил — гриппом болел», «жену побил — мало ли ссор не бывает в семье», «не сплю ночью — живот болит, часто хожу в туалет»). Обследованию во многом помогает систематическое наблюдение за поведением больного.

Если все-таки удалось установить наличие заблуждений, неправильных идей, отражающихся на поведении больного, необходимо их дифференцировать, в частности выяснить отношение к ним самого больного (сейчас, в прошлом) и окружающих (дома, на работе).

О расстройствах мышления можно судить по письмам и рисункам больных: «изобретатели» или «рационализаторы» обращаются со своими предложениями в различные инстанции (а затем и с жалобами в различные органы власти и прессу), «преследуемый преследователь» пишет заявления в органы юстиции, государственной безопасности. Особенно содержательны бывают письма больных с бредом обворовывания и ущерба, в которых подробному описанию «попорченных», «украденных» вещей и предметов, способов, которые «используются для этого», уделяются целые страницы. В конце письма нередко высказываются удивление по поводу того, что «несмотря на многолетние наблюдения и постоянную слежку», больному до сих пор «не удалось» поймать вора или «застать на месте преступления» человека, который портит его вещи, продукты или причиняет другой материальный ущерб.

Рисунки, схемы и письма больных с символическим мышлением тоже весьма характерны. В равной степени по письмам больных можно судить о наличии разорванности, персевераций, неологизмов и др.

В диагностике расстройств мышления очень широко используются различные методики патопсихологической диагностики. Основными из них являются: складывание картинок из отрезков, понимание рассказов, понимание сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация предметов/понятий, исключение предметов/понятий, выделение существенных признаков предметов и явлений, образование аналогий (простых и сложных), определение и сравнение понятий, формирование искусственных понятий (методика Л.С. Выготского, Л.С. Сахарова), понимание переносного смысла пословиц и метафор, методика пиктограмм, подбор слов-антонимов, ассоциативный (словесный) эксперимент, методика Титце. Все эти методики, давая представление об общем состоянии протекания мыслительных процессов, вместе с тем имеют и свои индивидуальные специфические возможности в оценке тех или иных сторон расстройств мышления, в том числе и при различных психопатологических состояниях. Например, методики изучения аналогий очень чувствительны к нарушениям динамики мыслительного процесса; для диагностики нарушений мышления при шизофрении наиболее оптимальными (в зависимости от давности протекания шизофренического процесса) являются методики классификации, исключения и пиктограммы и т.д.

Подробное описание указанных выше методик приводится в специальных руководствах по патопсихологической диагностике, там же приводятся особенности использования патопсихологических диагностических методик при различных нервно-психических и соматических заболеваниях.

**44. Исследование памяти**

Исследование памяти включает этапы: исследование памяти на отдаленное прошлое, исследование памяти на близкое прошлое, изучение акта запоминания.

Исследование начинается уже с первых слов беседы с человеком. При глубоких нарушениях памяти больной не может указать дату и место своего рождения, свой возраст и возраст своих близких и т.п. При более легких степенях нарушений больной не в состоянии вспомнить лишь некоторые даты, некоторые подробности из жизни. Сравнение полноты воспоминаний о событиях недавних лет, месяцев и о событиях отдаленного времени (детский, юношеский возраст) поможет выявить прогрессирующую амнезию.

Для изучения памяти на прошлое нельзя ограничиваться только собиранием анамнеза, так как степень влияния эмоционального компонента на точность дат, событий, связанных с самим больным и его родными, несомненна. Следует задать дополнительные вопросы, не имеющие непосредственного отношения к больному (например, о маршрутах городского транспорта, датах начала и окончания Великой Отечественной войны, праздников или других общеизвестных событий).

С целью исследования памяти на текущие события больного расспрашивают о дате поступления в больницу, имени и отчестве врача, соседа по палате, о том, что больной ел вчера во время ужина, сегодня за завтраком, об инъекциях и процедурах последних дней, о беседах с родными и т.п. Внимательно слушая рассказ пациента, иногда можно уловить элементы гипермнезии или наклонность к парамнезиям. Последним будут способствовать «наводящие» вопросы в плане вымыслов или ложных воспоминаний.

В процессе изучения памяти выясняют не только особенности ее ослабления или усиления, но и виды, качества и отдельные ее свойства. Для изучения состояния и особенностей памяти широко используются различные патопсихологические методики. Из них наиболее распространенными и употребительными в нашей стране являются методика заучивания 10 слов, пробы на ассоциативную память, пробы на опосредованное запоминание А.Н. Леотьева и соответствующие аспекты использования методики пиктограмм; используются также тест зрительной ретенции А. Бентона, тест зрительной и слуховой памяти А. Мейли и тест Д. Векслера для психометрического исследования памяти. Помимо этого многие методики, используемые для психометрической оценки интеллекта, включают отдельные субтесты, направленные на изучение различных сторон памяти (например, субтесты «Общая осведомленность», «Арифметический», «Повторение чисел», «Кодирование» («Шифровка») методики исследования интеллекта Д. Векслера предполагают суждение о долговременной, оперативной, зрительной памяти соответственно).

С помощью психодиагностики памяти возможно решение широкого круга прикладных задач в различных отраслях практической психологии, медицины, педагогики и тд. При оценке результатов психодиагностических исследований необходимо постоянно иметь в виду то обстоятельство, что помимо решения вопросов о состоянии собственно механизмов памяти в любом случае надо оценивать и влияние на них соответствующих мотивационных факторов, могущих существенным образом модифицировать результаты исследований, имитировать ложнонегативные показатели.

Методика заучивания 10 слов — одна из наиболее употребительных методик исследования памяти — впервые была предложена А.Р. Лурия. В первоначальном варианте методики для запоминания предлагался набор из 10 не связанных друг с другом по смыслу слов (лес, хлеб, ступ, окно, вода, брат, гриб, игла, конь, мед). В дальнейшем набор слов для запоминания был несколько видоизменен и стал включать в себя 10 несложных и так же не связанных друг с другом по смыслу двусложных слов.

Испытуемый получает задание повторять вслед за исследующим называемые им слова, стараясь как можно лучше запомнить их, воспроизвести более полно. Можно указать на то, что слова разрешается повторять в любом порядке, а не обязательно в том, в котором их произносит исследующий.

Воспроизведенные испытуемым после каждого предъявления стимульные слова (таких предъявлений пять) и последовательность воспроизведения фиксируют в протоколе. Сюда же заносятся все возможные дублирования слов испытуемым и продуцируемые им дополнительные слова, не входящие стимупьный набор, если таковое дублирование имеет место (тоже с последовательностью их продуцирования). Помимо этого спустя час (в крайнем случае — через 20—30 минут) испытуемого просят вспомнить те слова, которые ему предъявлялись ранее. Промежуток времени между первичным предъявлением стимульных слов и их отсроченным воспроизведением занимается исследованием испытуемого при помощи других психодиагностических методик, причем по окончании первичного предъявления стимульных слов испытуемому не сообщается, что через некоторое время он вновь должен будет их повторять.

Результаты методики могут быть представлены как в виде таблицы (по горизонтали — стимульные слова, по вертикали — номера повторений, в середине — результаты исследования), так и графически (по оси абсцисс — номера повторений, по оси ординат — количество правильно воспроизведенных слов).

Чаще всего здоровые испытуемые воспроизводят 9—10 слов после 3— 4 повторений, они не дублируют стимульные слова и не продуцируют дополнительных слов. Через час обычно воспроизводится не менее 8 слов.

Методика выявляет особенности процесса запоминания, сохранения и воспроизведения аудиальной информации. С ее помощью могут быть обнаружены явления истощаемость мнестической функции, колебания внимания, сужение объема внимания, явления инертности, нарушение мотивационного компонента памяти.

Методика заучивания 10 слов входит, как правило, в большинство батарей для патопсихологического исследования.

**45. Методы исследования воображения**

В области исследования воображения до настоящего времени нет достаточного количества направленных и апробированных экспериментальных работ.

Качественные особенности воображения исследуют при помощи методики Роршаха (Rorschach, 1920) — одной из наиболее объективных и сложных методик психодиагностики.

Тест Роршаха состоит из 10 таблиц стандартного размера, на которых на белом фоне напечатаны симметричные пятна. Пять таблиц содержат пятна черного и различных оттенков серого цвета, две таблицы — пятна красного и серого цвета, три таблицы — многоцветные пятна.

Испытуемого просят сообщить.что он видит на таблице в разглядываемых пятнах, при этом ему предоставляется полная свобода фантазии.

Анализ ответов при использовании методики Роршаха в психодиагностике личности стандартизирован и очень сложен. Однако для экспериментального изучения лишь способности к воображению можно пользоваться следующей формой протокола и получаемые ответы оценивать качественно: 1. Порядковый номер таблицы. 2. Словесные реакции испытуемого, сопровождающие исследование. 3. Количество ответов. 4. Время ответов. 5. Характер ответов (а — геометрические фигуры, б — животные, в — растения, г — неживые предметы, д — действия, е — прочее, ж — отсутствие образов воображения). 6. Примечания. При фиксации характера ответов подробно записывают все их детали.

С помощью теста Роршаха можно наглядно различить воображение здоровых и больных людей; для последнего характерно наличие множественных необычных образов, отражающих особенности нарушенной эмоциональности — привидения, демоны, образы смерти и т.п.

С известными допущениями для исследования особенностей воображения могут быть использованы Тематический апперцептивный тест (ТАТ), методика заполнения пропущенных мест в тексте (соответственно возрасту и уровню образования испытуемого), методика пунктирных изображений с недостающими деталями и т.д.

В изучении воображения (особенно творческого) важное место занимает метод естественного эксперимента — игры, рисование, литературное и иное творчество и т.п.