

Федеральное агентство по образованию  
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ГОУ ВПО «АмГУ»

УТВЕРЖДАЮ  
Зав. кафедрой ПиП  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2007г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ  
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
для специальности 030301 «Психология»

Составитель: С.В. Смирнова

Благовещенск 2007

*Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
факультета социальных наук  
Амурского государственного  
университета*

**С.В.Смирнова**

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Клиническая психология» разработан для студентов очной и заочной форм обучения специальности 030301 «Психология». Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007.

**Учебное пособие составлено в соответствии с Государственным стандартом СД.Ф.01 ГОУВПО для специальности 030301 и включает наименование тем, цели и содержание лекционных, семинарских и практических занятий; тестовые задания для контроля изученного материала; темы рефератов и вопросы для самостоятельной работы; вопросы для итоговой оценки знаний; тестовые задания для проверки в электронной форме остаточных знаний; список рекомендуемой литературы; учебно-методическую карту дисциплины.**

**Рецензент:**

**©Амурский государственный университет, 2007**

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	6
2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	
2.1. СТАНДАРТ (ПО ПРЕДМЕТУ)	8
2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	9
2.3. КРАТКИЙ ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС	9
2.4. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА	182
2.5. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	192
2.6. ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	193
2.7. ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА	194
2.8. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ	195
2.9. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ	198
2.10. ТЕСТЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕЙ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ	199
3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	216
3.1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	
4. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ	217

## ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психология представляет собой одну из ведущих и наиболее интенсивно развивающихся отраслей современной психологии. Она является не только фундаментальной наукой, но и признанной, высоко ценимой во всем мире областью профессиональной деятельности психологов.

Социальная значимость клинической психологии выражается в том, что в психологических ассоциациях различных стран мира около 60 % составляют клинические психологи. В области клинической психологии работали З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм, В. Франки, К. Роджерс, А. Маслоу и др. У истоков отечественной клинической психологии стояли профессора Московского университета, лауреаты Ломоносовской премии, обладатели многих международных наград А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник и др.

Клиническая психология — область, пограничная между клинической медициной и психологией. Это отражается как в самом названии, так и в ее содержании. Современная клиническая практика требует восстановления у больного не только соматического здоровья, но также оптимального психологического и социального функционирования; более того, психологическое состояние человека самым активным образом влияет на его здоровье, зачастую обуславливает быстроту и качество выздоровления при заболеваниях. Поэтому в подготовке как медицинских, так и психологических кадров существенно возрос объем необходимых знаний, умений и навыков. Ведь современному специалисту знания и умения в области психологии так же необходимы, как знания и умения в области анатомии или физиологии. Кроме того, практическое здравоохранение уже требует привлечения к участию в лечебном процессе и специалистов гуманитарного профиля — клинических психологов, социальных работников. Признание значимости клинической психологии в нашей стране ознаменовано официальным государственным утверждением этой (пока единственной) отрасли психологии в качестве отдельной самостоятельной специальности.

В последние годы в клинической психологии произошли значительные изменения. Это касается прежде всего расширения ее предметной области. Сегодня клиническую психологию уже нельзя рассматривать только как сферу приложения профессионального психологического знания для решения чисто медицинских проблем - проблем, связанных с болезнями и болеющей личностью. Все более значимой областью работы клинического психолога становится его деятельность в сфере профилактики психических расстройств, сохранения и укрепления психического здоровья граждан, продление их жизни и улучшение ее качества.

В связи с этими изменениями в программы курсов клинической психологии, читаемых студентам психологических факультетов, стали включать такие разделы, как «психопрофилактика», «психогигиена», «охрана психического здоровья», «психологическое консультирование», «психологическая коррекция», «психологическая терапия» и др.

Формирование у будущих специалистов теоретических знаний и практических навыков работы в клинико-психологической сфере во многом зависит от организации преподавателем учебного процесса по отдельной дисциплине, а учебно-методический комплекс учебной дисциплины одна из важных составляющих этого процесса.

Данное пособие составлено с учетом рекомендаций учебно-методического отдела АмГУ и включает следующие разделы:

цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе;

содержание дисциплины;

учебно-методические материалы по дисциплине;

учебно-методическая карта дисциплины

## **1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ**

В процессе изучения данной курса перед студентами ставятся следующие цели: получить целостное представление об основных направлениях клинической

психологии в психологической и медицинской практике; познакомится с основными методами и принципами данной науки; сформировать представление о строении и работе ЦНС человека в состоянии нормы и патологии.

Тематика семинарских занятий по дисциплине «Клиническая психология» разработана для студентов III курса специальности 03.03.01 - «Психология» в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

К задачам изучения дисциплины «Клиническая психология» можно отнести:

- научиться анализировать имеющиеся нарушения психических процессов, исходя из общих методологических положений, на которых базируется современная психологическая наука;
- получить навыки синдромального анализа нарушений психических функций, как основного методологического принципа клинической психологии;
- овладеть навыками дифференциального анализа критериев нормы и патологии психической деятельности;
- ознакомиться с методами патопсихологического и нейропсихологического исследования высших психических функций;
- получить представление о мозговых механизмах и особенностях расстройства гностических, двигательных, речевых, интеллектуальных и эмоциональных процессов, возникающих вследствие локальных поражений мозга.

Решение данных задач позволит студентам:

- дифференцировать психологические феномены и психопатологические симптомы и синдромы;
- владеть основными видами психопрофилактической, психокоррекционной помощи пациентам с учетом нозологической специфики;

- использовать различные подходы организации психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества;
- знать теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний а так же психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- применять на практике основные экспериментально-психологические методики направленные на исследование психических функций, процессов и состояний;
- владеть основными приемами нейропсихологического исследования (состояния гнозиса, праксиса, речевых функций и т.д.).

Таким образом основной целью изучения дисциплины «Клиническая психология» - становится формирование у будущих специалистов теоретических знаний и практических навыков работы в сфере практической психологии.

Курс «Клиническая психология» базируется на знаниях студентами теоретических курсов: «Анатомия и физиология ЦНС», «Физиология ВНД», «Общая психология»

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 2.1. Стандарт (по предмету)

ОПД.Ф.16

Предмет и структура клинической психологии; дефиниции клинической психологии; история зарождения и становления специальности; объект клинической психологии; направленность клинической психологии; «Психология здоровья» двоякий смысл этого понятия: сфера приложения клинической психологии; практические задачи и функции клинических психологов; теоретические основы и исследовательские проблемы клинической психологии; базовые категории теоретического аппарата; ха основных разделов клинической психологии (специализаций) и перспективы их развития; патопсихология, ее предмет, научные основы, актуальные проблемы; нейропсихология: определение, проблемы, методологические основы; проблема мозговой локализации психических функций; восстановление нарушенных высших психических функций; психосоматическая проблема; психологические исследования в клинике соматических заболеваний; психологические аспекты проблемы телёсности и интрацепции; психологические проблемы аномального онтогенеза; типы нарушений психического развития; соотношение биологического и социального в природе аномалии развития; психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия; типология нарушений психических процессов, свойств и состояний при разных видах патологии человека; нарушения восприятия, произвольных движений и действий, речи, памяти; патология мышления, эмоционально-волевой сферы, сознания и самосознания; роль клинической психологии в решении общих проблем психологии; душа и тело: мозг и психика; психологическая диагностика и воздействие; личность и ее изменения и аномалии: психопатология



## 2.2. НАИМЕНОВАНИЕ ТЕМ, ОБЪЕМ (В ЧАСАХ) ЛЕКЦИОННЫХ, СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Номер темы	Раздел курса	Лекции	Сем занятия	Самостоят. работа
1	2	3	4	5
Тема 1	Клиническая психология как отрасль психологической науки. Предмет и структура клинической психологии.	2	2	4
Тема 2	Теоретические и практические задачи клинической психологии.	2		4
Тема 3	Психика и мозг.	2	2	6
Тема 4	Теоретические основы и методологические принципы клинической психологии.	2		4
Тема 5	Концепции личности в клинической психологии.	2		4
Тема 6	Нарушения восприятия	4	2	4
Тема 7	Нарушение эмоционально-волевой сферы	2	2	4
Тема 8	Нарушение памяти	2	2	6
Тема 9	Патология мышления	4	2	6
Тема 10	Нарушение речи	2		4
Тема 11	Патология внимания	2		4
Тема 12	Нарушение сознания	2	2	4
Тема 13	Личность и болезнь.	4	2	6
Тема 14	Психология лечебного процесса.	4	2	6
	ИТОГО	36	18	66

## **2.3. КРАТКИЙ ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС**

### **Тема 1. Предмет и основные направления клинической психологии**

В современной отечественной медицине и психологии термины «клиническая психология» и «медицинская психология» чаще всего используются и понимаются как синонимы, хотя в ряде стран мира, да и в нашей стране, среди специалистов существует разграничение этих понятий.

Основанием для такого разграничения обычно служат не только традиции медиков называть эту отрасль знаний «медицинской психологией», а психологов — «клинической психологией» (Менделевич В.Д., 1998). В нашей стране исторически медицинская психология являлась более высоко стоящим понятием, причем клиническая психология составляет ее основную часть, почти сливающуюся с ней. В частности, в системе психологических наук, предложенной отечественным психологом К. К. Платоновым (1972), клиническая психология включена в медицинскую психологию. Многие и другие известные психологи у нас и за рубежом поддерживали аналогичную точку зрения. В таком широком понимании медицинская психология, как отрасль психологической науки, призвана к изучению различных проблем медицины в психологическом аспекте и методами психологии. Возникнув на стыке медицины и психологии, она включает множество данных из пограничных отраслей знаний, включая клиническую психологию, патопсихологию, нейропсихологию, психосоматику, психогигиену, психопрофилактику и др. При этом подходе под клинической психологией понимается та область медицинской психологии, прикладное значение которой определяется потребностями клиники — психиатрической, неврологической, соматической (Блейхер В.М., 1976).

Под медицинской психологией в узком понимании обычно подразумевается та сумма психологических сведений, которая вносится в сознание медицинских работников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) как необходимый компонент их образования и квалификации. При этом клиническая психология уже рассматривается более расширенно.— как область профессиональной деятельности психологов, развивающих научную основу для

изучения и использования психологических факторов в предупреждении и преодолении болезней, решения широкого круга задач, связанных с охраной здоровья населения (Поляков Ю.Ф., 1996).

Следует отметить, что в нашей стране специальное обучение по специальности «клиническая психология» введено с 1999 г. (до этого времени подготовка клинических психологов осуществлялась в рамках додипломной и последипломной специализации и усовершенствования психологов общего профиля). В медицинских высших учебных заведениях специальные факультеты медицинской (клинической) психологии стали организовываться с 1997 г. (Архангельск) в соответствии с приказом МЗ РФ №391 от 26.11.96 г., где определены условия подготовки и объем теоретических знаний и практических навыков медицинского (клинического) психолога.

*Клиническая психология — отрасль психологии, которая сформировалась на стыке с медициной, она использует знания психологических закономерностей в медицинской практике: в диагностике, лечении и профилактике заболеваний.* Из этого следует, что клиническая психология изучает все психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни, а в более широком понимании — изучает весь динамизм благотворных или пагубных влияний многообразно меняющейся личности человека и межличностных отношений на его здоровье и болезнь.

Следует отметить, что и сама клиническая психология может в определенном смысле рассматриваться как самостоятельный раздел медицины, своеобразная «пропедевтика ко всем клиническим дисциплинам» (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1976), так как у всех больных вне зависимости от характера заболевания обнаруживаются общие тенденции реакций психики и личности на свое заболевание. при этом уделяется изучению роли в возникновении и течении болезней пси-хогенно-травмирующих и иных психологических факторов, а также исследованию особенностей личностной реакции человека на свое заболевание (индивидуальное и социальное значение болезни).

При изучении процессов *взаимодействия и общения медицинских работников с больными* особо подчеркивается, что пациент для врача не только объект диагностики и терапии, но и субъект со своим сложным внутренним психологическим миром, индивидуально реагирующий на болезнь и условия микро-социальной среды. Положительные терапевтические эффекты могут возникать и вне сферы применения специальных психотерапевтических методов, поэтому особенности формирования отношений больного в своей микросоциальной среде и с врачом являются существенными элементами лечения практически любого заболевания.

Отдельного рассмотрения и изучения в клинической психологии требует применение в медицине различных *специфических методов психологического воздействия на больного* с конкретными лечебными или оздоровительно-профилактическими целями. Здесь, помимо психотерапии, как специального раздела медицины, и клинической психологии, следует особо выделить специальным образом регулируемые врачом его взаимоотношения с больным. Эти отношения могут становиться специфическим лечебным фактором и уже выступают как особые психотерапевтические средства для повышения эффективности лечебных мероприятий. По сути, они являются основой повседневной врачебной деятельности и выражают известное утверждение, что психотерапевтом должен быть врач любой специальности.

Первая психологическая клиника была открыта в США через 17 лет после основания В. Вундтом современной психологии — в 1896 г. Лайтнером Уитмером (Witmer) (университет штата Пенсильвания), учеником В. Вундта и Дж. Кеттела. То, что Уитмер (1888—1956) практиковал в клинике, не было клинической психологией в том смысле, какой сегодня вкладывается в это понятие. Его деятельность была посвящена диагностике и лечению отклонений в умственном развитии школьников. Современная же клиническая психология занимается более широким диапазоном психологических отклонений людей всех возрастов. Уитмер читал первый курс клинической психологии и начал издавать с 1907 г. первый журнал «Психологическая клиника» (Psychological Clinic), редактором которого

был в течение 29 лет. Примеру Уитмера последовали многие психологи, и во многих городах открывались подобные клиники, где использовался предложенный им бригадный метод работы. Его сущность заключалась в том, что психологами, психиатрами и социальными работниками оценивались, а затем корректировались, по возможности, все аспекты проблем пациента.

Формированию представлений о применении психологии к диагностике и лечению анормального поведения способствовали также книга бывшего пациента клиники для душевнобольных Клиффорда Бирса под названием «Ум, который вновь обрел себя» (1908) и работа немецкого психолога Гучо Мюнстерберга «Психотерапия» (1909). К. Бирс привлекает внимание к необходимости гуманного отношения к людям с психическими расстройствами, понимания их внутреннего мира. Не случайно уже в следующем году после выхода его книги в США образуется Национальный комитет психической гигиены, которому даже знаменитый психолог У. Джеймс оказывает материальную поддержку. Г. Мюнстерберг (1863-1916) предложил конкретные пути помощи душевнобольным, лечения различных психических нарушений психологическими воздействиями. Он пытался устранить у пациентов беспокоящие их мысли, негативные эмоции или вредные привычки, так как был убежден, что психические болезни возникают из-за неспособности человека приспособить свое поведение к окружающей обстановке, а не от влияния скрытых конфликтов, как утверждал Фрейд. Но тем не менее решающее влияние на развитие клинической психологии оказали все же работы его современника Зигмунда Фрейда, благодаря которому клиническая психология вышла далеко за рамки первых психологических клиник. Идеи З. Фрейда давали клиническим психологам и первые приемы психоаналитической терапии. Позднее наиболее расширительную трактовку содержания и задач психологии в клинической практике дал немецкий психиатр и психолог Эрнст Кречмер (1888—1964), автор широко известного в мире курса медицинской психологии. Он полагал, что главной задачей медицинской психологии является психологический анализ природы не только нервно-психических, но и любых за-

болеваний человека. Его «Медицинская психология» многократно переиздавалась, а в 1975 г. вышло ее уже 14-е издание.

В России вопросы медицинской психологии стали изучаться и разрабатываться практически параллельно с организацией первых психологических лабораторий. Всего через 7 лет после основания В. Вундтом лаборатории в Лейпцигском университете В.М. Бехтеревым в 1886 г. аналогичная лаборатория создается в Казани на базе клиники для душевнобольных. Исследования психологических реакций душевнобольных в его лаборатории носили комплексный характер и служили «практическим целям нервно-психиатрической клиники» (Ярошевский М.Г., 1986). В конце 1893 г. В.М. Бехтерев был избран профессором Военно-медицинской академии и переехал в Петербург, где также организовал лабораторию экспериментальной психологии при клинике душевных и нервных болезней. Под его руководством было выполнено более 20 клинико-психологических докторских диссертаций. Вскоре подобные лаборатории организуются в Юрьеве (Тарту, 1894), Москве (1895), Харькове (1897) и других городах России.

В Москве психологическая лаборатория организована известным психиатром С.С. Корсаковым. Специальный курс психологии для студентов-медиков он еще за год до открытия лаборатории поручил читать своему ассистенту А.А. Токарскому, в дальнейшем заведующему лабораторией. В Дерпте экспериментальные работы по исследованию психически больных проводил В.Ф. Чиж. В 1904 г. на заседании Российского общества невропатологов и психиатров была избрана специальная комиссия для рассмотрения и систематизации новейших клинико-психологических методов. В 1911 г. А.Н. Бернштейн опубликовал первое в России руководство «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных», в 1911 г. вышел в свет «Атлас психологического исследования личности» Ф.Г. Рыбакова.

В советское время, в 1918 г., был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы, названный впоследствии Медико-педологическим институтом. Появилась также новая

профессия — клинический психолог. Однако вскоре советская медицинская психология стала развиваться преимущественно в плане клинико-описательных и экспериментальных психологических исследований, так как развернулась борьба с идеалистическими направлениями, субъективистскими методами самонаблюдения. Это, наряду со значительными положительными достижениями в виде большей объективизации изучаемых явлений, имело и отрицательные последствия, приведшие в 30-е годы к официальному государственному запрещению отдельных направлений медицинской психологии, что существенно затормозило их становление. А результаты объединенной сессии Академии наук и Академии медицинских наук СССР 1950 г., которая была посвящена учению И.П. Павлова, умершего еще в 1936 г., привели, по сути, к подмене медицинской психологии физиологией.

Возрождение медицинской психологии, как и всей психологической науки, в нашей стране началось только с середины 50-х годов. В частности, на I съезде Общества психологов в 1959 г., на II съезде этого общества в 1963 г. и на IV съезде невропатологов и психиатров в 1963 г. был представлен ряд докладов, свидетельствовавших о том, насколько важна медицинская психология для клиники (Б.В. Зейгарник, М.С. Лебединский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов и др.). В 70—80-е годы в ряде городов сформировались крупные научные центры и школы по медицинской психологии, плодотворно разрабатывающие различные направления медико-психологических исследований. Московские ученые (Б.В. Зейгарник, К.К. Платонов, К.М. Гуревич, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков, Е.Д. Хомская, Ф.Б. Березин, В.В. Николаева и др.) сосредоточили основные усилия на проведении фундаментальных исследований в области психодиагностики. Ведущим направлением деятельности ленинградской школы медицинской психологии (М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.К. Мягер, Р.О. Серебрякова и др.) стала разработка моделей реабилитационного процесса в различных областях медицины. Представители киевской научной школы (В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук и др.) занимались вопросами теории и практики патопсихологической

диагностики. Ученые Тбилисской школы (И.Т. Бжалава, С.В. Цуладзе и др.) проводили медико-психологические исследования в свете созданной Д.Н. Узнадзе теории установки. По их инициативе был проведен и первый в нашей стране международный симпозиум по проблемам бессознательного.

## **Тема 2 Теоретические и практические задачи клинической психологии**

**Общая клиническая психология** разрабатывает проблемы основных закономерностей психологии больного человека (критерии нормальной и измененной болезнью психики), проблемы психологии врача (медицинского работника, психолога или специалиста по социальной работе) и психологии самого лечебно-оздоровительного процесса. Кроме того, в общей клинической психологии разрабатывается учение о взаимоотношениях психического и соматического в человеке (психосоматические и соматопсихические взаимоотношения), медицинские аспекты учения об индивидуальности (темперамент, характер, личность) и этапах ее постнатального онтогенеза (возрастная клиническая психология), а также рассматриваются наиболее общие психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии.

Признавая клиническую психологию отраслью психологической науки, различные авторы, тем не менее, расходятся в определении ее предмета, а следовательно — и ее содержания, порой даже по-разному понимая одни и те же формулировки определений. Некоторые из них полагают, что эта прикладная область психологии обслуживает только медицину и «вне медицинской практики... не только беспомощна, но и неприемлема» (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1984). Другие, главным образом те, которые занимаются преподаванием ее в немедицинских вузах, справедливо полагают, что практический психолог, работающий, скажем, в школе, серьезными болезнями, требующими стационарного лечения, заниматься не может и не будет. Его профессиональный долг — бороться за психическое здоровье людей, *предупреждая* нервно-психические расстройства здоровых (Бадмаев Б.Ц., 1999).



Дискуссии такого рода, на наш взгляд, свидетельствуют только об одном — медицинская психология сегодня является чрезвычайно разветвленной отраслью науки, требующей специализации в ее различных разделах даже самих клинических психологов. Тем не менее для любого специалиста, работающего с людьми, основные понятия, относящиеся к общей клинической психологии, должны в доступной форме включаться в программы подготовки. Только на их базе и может строиться соответствующий прикладной (частный) курс, составленный с учетом поля деятельности будущего специалиста. Другими словами, должны быть разные учебники по клинической психологии — для врачей, социальных работников, клинических, школьных или промышленных психологов.

Здесь уместна аналогия с отдельной медицинской специальностью, которая стала самостоятельной в нашей системе здравоохранения сравнительно недавно — психотерапией. Известное и совершенно справедливое выражение, что психотерапевтом должен быть каждый врач, вовсе не означает, что каждый врач должен заниматься психотерапией профессионально. Хотя психотерапия в том или ином объеме является обязательным компонентом высшего медицинского образования врача любой специальности, но профессионалом-психотерапевтом может быть только врач-психиатр, получивший дополнительную специальную и достаточно продолжительную подготовку по психотерапии.

**Частная клиническая психология** раскрывает ведущие аспекты психологии больных при определенных заболеваниях, а также особенности врачебной этики и деонтологии при общении с ними. Например, отдельному рассмотрению могут быть подвергнуты психологические особенности больных, страдающими различными соматическими или нервно-психическими заболеваниями, психологические особенности больных на этапах подготовки, проведения хирургических операций и в послеоперационный период.

В последнее время, в связи со все расширяющейся деятельностью психологов не только в психоневрологических, но и в соматических медико-профи-

лактических учреждениях, наметилась тенденция к отдельному рассмотрению клинико-психологических аспектов больных этих учреждений.

В разделе *«Психологические аспекты больных с соматическими нарушениями»* рассматриваются не только традиционные проблемы психосоматики, сосредоточенной на изучении психосоматозов (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др.), но и более широкий круг проблем *психосоматологии*, характеризующих психосоматический подход в медицине. Здесь имеется в виду, что психологические факторы играют важную роль в сложном переплетении причин и механизмов любой болезни, сказываются на клинических проявлениях ее, а в конечном итоге влияют на успешность лечебных мероприятий.

Здесь также предполагается, что должны учитываться не только психосоматические, но и разнообразные соматопсихические влияния, формирующие своеобразный комплекс чувствований и переживаний человеком своего заболевания и так называемую внутреннюю картину болезни. В последнее время именно эти аспекты психологии соматического больного стали обозначать как *соматопсихологию*. В более широком смысле соматопсихология включает в себя весь круг проблем влияния соматического здоровья человека и в целом его «телесности» на психическое самочувствие и самовосприятие. Можно сказать и иначе — соматопсихология является частным разделом более широкой проблемы психологии — психологии телесности.

В любом случае данный раздел частной клинической психологии, органично объединяющий вопросы психосоматологии и соматопсихологии, сосредоточен на изучении всех психологических аспектов, включая вопросы клинической психодиагностики и психологической реабилитации больных в терапевтической, хирургической, акушерско-гинекологической, дерматовенерологической, стоматологической и других клиниках соматического профиля.

В разделе *«Психологические аспекты больных с нервно-психическими расстройствами»* также рассматриваются не только традиционные для неврологической, психиатрической и наркологической клиник вопросы

клинической психодиагностики (включая клинико-диагностические аспекты нейропсихологии, патопсихологии и токсикопсихологии), но и более широкий круг проблем, касающийся *психологической реабилитации* больных с различными нервно-психическими заболеваниями и отклонениями в нервно-психическом развитии (органические заболевания головного мозга, психозы различного генеза и неврозы, личностные аномалии и нарушения психологического развития, алкоголизм, наркомании и токсикомании).

Относительную самостоятельность в медицинской психологии приобрела ***клиническая нейропсихология***, которая служит решению задач установления локализации (топической диагностики) очаговых поражений мозга при его различных заболеваниях и поражениях (опухоли, травмы, явления дизонтогенеза), разрабатывает методы психологической коррекции нарушенных высших психических функций.

В более широком понимании нейропсихология как научная дисциплина выходит за рамки клинической психологии. Основы нейропсихологии изучаются психологами любой специализации, так как нейропсихология, исследуя соотношение психических явлений с физиологическими мозговыми структурами, является основой современной психофизиологии.

Основы современной нейропсихологии в нашей стране заложил А.Р. Лурия. Разрабатывая проблему соотношения мозга и психики, он выдвинул положение о нейропси-хологических факторах как основе (общем радикале, особых биологических предпосылках) нейропсихологических синдромов. Этот подход был сформулирован им в виде теории системной динамической локализации высших психических функций. А.Р. Лурия впервые стал рассматривать каждую психическую функцию как многозвеньевую комплексную систему, состоящую из многих компонентов (звеньев), и соотносить с мозгом не всю функцию, а отдельные ее составляющие (Хомская Е.Д., 1999). Обычно выделяют три уровня анализа нейропсихологических факторов:

- 1) *морфологический* — указание на те мозговые образования, поражение которых вызывает определенный синдром;

2) *физиологический*, функциональный — указание на те физиологические процессы, которые протекают в определенных мозговых образованиях и объединяются в функциональную единую систему, ответственную за психическую функцию;

3) *психологический* — указание на ту роль, которую играет данный фактор в осуществлении разных психических функций.

Выделены следующие виды факторов: модально-специфические (связанные с вторичными мозговыми полями); модально-неспецифические (связанные с различными уровнями неспецифической системы); ассоциативные (связанные с третичными областями коры, прежде всего — конвекситальной); факторы межполушарного взаимодействия (связанные с срединными комиссурами, объединяющими полушария мозга); полушарные факторы (обеспечивающие целостные принципы работы каждого полушария); глубинные подкорковые факторы (связанные с работой базальных ганглиев и других подкорковых структур); общемозговые факторы (сосудистые, биохимические и другие механизмы, ответственные за работу мозга как целого). Степень изученности указанных факторов и соответствующих им синдромов в нейропсихологии различна.

Отдельно следует выделить аналогичную самостоятельность *клинической психофармакологии*, исследующей влияние лекарственных веществ на психическую деятельность человека, и *клинической психотерапии*, изучающей и использующей средства психического воздействия для лечения больного.

Достаточно хорошо разработанным разделом клинической психологии в настоящее время является также *патопсихология* (патологическая психология), возникшая на стыке психологии и психиатрии. Патопсихология изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Патопсихология как теоретическая и экспериментальная наука создает научную базу как для клинической психологии, так и для психопатологии.

Однако следует помнить, что клиническая психология разрабатывается в связи с конкретными задачами, которые ставятся не только различными клиническими, но и другими медицинскими дисциплинами — социальной медициной, гигиеной и организацией здравоохранения, медицинской экологией, эпидемиологией и др. Таким путем в клинической психологии идет становление новых ее аспектов — медико-психологические проблемы семьи, учебного или производственного коллектива, этнических и других социальных групп.

Кроме изучения психики больного человека, к основным функциям клинической психологии относятся изучение закономерностей общения и взаимодействия больных и медицинских работников, а также изучение психологических средств воздействия на больных в целях профилактики и лечения заболеваний.

При изучении *психики больного* главное место в клинической психологии занимает исследование психологическими методами психических проявлений

### **Тема 3. Психика и мозг**

ЦНС состоит из головного мозга, ствола мозга и спинного мозга. Спинной мозг — это тяж из нервных волокон, идущий посередине тела и защищенный костной структурой. Он служит связующим звеном между головным мозгом и периферической нервной системой. Самостоятельно спинной мозг осуществляет лишь ряд очень простых рефлексов (например, коленный рефлекс). В обычных условиях все реакции контролирует головной мозг.

Головной мозг можно подразделить на передний, средний и задний мозг. Передний мозг включает, в основном, кору двух полушарий мозга, а также четыре относительно небольших образования: миндалина (названную так за свою ореховидную форму), гиппокамп (напоминает по форме морского конька), базальные ганглии (полосатое тело, бледный шар, субталамическое ядро, черная субстанция) и перегородку, которая образует стенку между двумя желудочками мозга. Средний мозг включает таламус и гипоталамус. Задний мозг состоит из варолиева моста, продолговатого мозга, ствола мозга и мозжечка.

Мозг человека можно определить как высокоорганизованное многоуровневое полисистемное и полифункциональное образование со множеством взаимодействующих локальных и общецеребральных элементов. Общий контроль, координацию и регуляцию режимов работы мозга осуществляет система интрацентральной регуляции, включающая различные необходимые механизмы и системы мозга, благодаря чему достигается согласованность работы мозга и обеспечивается в конечном итоге целостная церебральная и психическая деятельность.

Научное познание психической деятельности человека началось, по существу, со второй половины XIX в. В 1863 г. И.М. Сеченов опубликовал работу «Рефлексы головного мозга», где были приведены убедительные доказательства рефлекторной природы психической деятельности. Работа И.М. Сеченова концентрировала внимание исследователей на материальной основе психических процессов.

С тех времен наши знания в этой области существенно обогатились. Появилось множество разделов *нейро-науки*, т.е. науки о нервной системе. Если специалисты-неврологи пытаются проникнуть в молекулярные, клеточные и межклеточные процессы, с которыми связано взаимодействие мозга с внутренней и внешней средой, то психологи сосредоточены на изучении поведенческих реакций организма. На стыке психологии и других наук о мозге (в первую очередь, неврологии и нейрофизиологии) выщелилась специальная отрасль психологии — *нейропсихология*, которая изучает мозговые механизмы высших психических функций, таких, как речь, восприятие или абстрактное мышление.

Изучение работы мозга как органа психической деятельности, по мнению основоположника отечественной нейропсихологии А.Р. Лурия (1973), основывается на результатах использования трех методических процедур: сравнительных анатомических исследований, данных физиологического метода раздражения отдельных участков мозга или их разрушения, а при исследовании функциональной организации мозга человека — клинических наблюдений над

изменениями поведения больных с локальными поражениями мозга (при травмах, опухолях и других заболеваниях).

В современном естествознании доминирующей является теория *нейропсихизма*, согласно которой психика есть только у существ, обладающих нервной системой. Эволюция позво В структурном плане выделяют центральную нервную систему (ЦНС) и периферическую нервную систему. ЦНС включает головной мозг, ствол мозга и спинной мозг. Все остальное относится к периферической нервной системе, которую обычно подразделяют на соматическую и вегетативную (автономную). Соматическая система состоит из нервов, идущих к чувствительным органам и от двигательных органов. Вегетативную систему называют еще висцеральной, так как она управляет внутренними органами тела. Соматическая нервная система активирует произвольную мускулатуру (называемую также поперечно-полосатой из-за поперечной исчерченности ее волокон). Вегетативная нервная система иннервирует так называемую непроизвольную (или гладкую) мускулатуру.

Именно кора головного мозга осуществляет анализ и синтез поступающей через анализаторы раздражений, так как там происходит конечное замыкание всех нервных связей. Однако следует подчеркнуть, что психические процессы человека являются сложными функциональными системами и они не локализованы в узких, ограниченных участках мозга. Они осуществляются при участии многих совместно работающих мозговых аппаратов. А.Р. Лурия выделяет три основных функциональных блока мозга, участие которых необходимо для осуществления любого вида психической деятельности.

***Первый блок*** — ***«энергетический блок»***, или блок регуляции тонуса коры и состояния бодрствования. Он обеспечивает нормальный тонус коры и ее бодрственное состояние. Анатомически этот блок представляет собой образование в стволе мозга по типу нервной сети, в которую вкраплены тела нервных клеток, соединяющиеся между собой короткими отростками, — *ретикулярная формация*. Одни из волокон ретикулярной формации направляются вверх и оканчиваются в вышележащих нервных образованиях, включая кору мозга (восходящая

ретикулярная система). Другие волокна имеют обратное направление: они начинаются в коре и направляются к нижележащим структурам среднего мозга, гипоталамуса и мозгового ствола (нисходящая ретикулярная система).

Возбуждение в ретикулярной формации распространяется не отдельными импульсами по закону «все или ничего», а постепенно (градуально), что обеспечивает ее тонизирующее и модулирующее влияние на состояние всего нервного аппарата. Как было показано многочисленными исследованиями школы И.П. Павлова, процессы возбуждения и торможения в бодрствующей коре подчиняются «закону силы» и характеризуются определенной концентрированностью, уравновешенностью и подвижностью. При низком тоне коры (сон или утомление) павловский закон силы нарушается — при этом слабые раздражители уравниваются по интенсивности с сильными («уровнительная фаза») или даже превосходят их («парадоксальная фаза»), а в отдельных случаях при отсутствии реакции на сильный раздражитель сохраняется реакция на слабый раздражитель («ультрапарадоксальная фаза»). Кроме того, по мере снижения тону коры нарушается нормальное соотношение возбуждательных и тормозных процессов и та их подвижность, которая необходима для протекания нормальной психической деятельности.

Нервная система всегда находится в состоянии определенной *активности*, которая, как уже говорилось, опосредована работой ретикулярной формации. В неспецифической системе выявлено не менее пяти достаточно автономных уровней (начиная от нижних отделов ствола и кончая медиобазальными отделами коры лобных и височных долей мозга), каждый из которых вносит свой вклад в регуляцию процессов активации. Активационные и тормозные влияния реализуются или через медленные сдвиги активности, лежащие в основе изменений функционального состояния мозга в целом, или через быстрые процессы активации, входящие в механизмы ориентировочного рефлекса.

Первым источником активации являются обменные процессы в организме, лежащие в основе гомеостаза (внутреннего равновесия организма), а также инстинкты. Процессы обмена веществ регулируются, главным образом,



аппаратом гипоталамуса. Инстинктивное поведение (пищевая, половая активация) является функцией более высоко расположенных образований мезэн-цефальной, диэнцефальной и лимбической систем. Лимбические структуры этого блока имеют также самое непосредственное отношение к регуляции эмоциональных реакций и состояний. У человека на лимбическом уровне обнаружены различные «эмоциональные центры», раздражение которых приводит к появлению ощущений страха, гнева, удовольствия.

Второй источник активации связан с поступлением информации от внешней среды. Здесь активация проявляется в виде ориентировочного рефлекса. Человек, который лишен обычного притока информации извне (эксперименты по «сенсорной депривации»), впадает в дремотное состояние и у него могут возникать галлюцинации и другие психические нарушения.

Третий источник активации обусловлен намерениями, планами, перспективами и программами, которые формируются в процессе сознательной деятельности человека.

Ретикулярная формация имеет обширные связи, прежде всего с лобными отделами коры мозга. Нисходящие аппараты ретикулярной формации облегчают и обеспечивают проведение корковых влияний (как активирующих, так и тормозных) на нижележащие отделы нервной системы. Аппараты первого функционального блока мозга не только тонизируют кору, но и сами испытывают на себе ее регулирующее влияние.

В последнее время интенсивно велись работы по изучению «специфичности» неспецифических форм активации. В частности, выделены две основные активирующие системы, одна из которых связана преимущественно с ретикулярной формацией ствола и представлена в основном в левом полушарии (левый первый блок — собственно блок регуляции тонуса и бодрствования). Другая характеризует работу лимбической системы, включая септо-гиппокампальные структуры, и в большей степени представлена в правом полушарии (правый первый блок — блок регулирования эмоционально-личностной сферы). Неоднородность функций левополушарного и правополушарного

первого блока на клиническом уровне проявляется в общем уровне активности больного и поведенческих особенностях по линии «спонтанность—аспонтанность», а также в особенностях нарушений эмоционально-личностной сферы. При левостороннем поражении активность больного (моторная, речевая, интеллектуальная и др.) существенно ниже, чем при поражении правого полушария. Снижаются при этом и скоростные динамические аспекты интеллектуальной деятельности. При правостороннем поражении более выражены нарушения общей эмоциональности, общего эмоционального фона, а также опознания эмоциональной значимой информации, чем при поражении левого полушария.

**Второй блок — «блок приема, переработки и хранения информации»** состоит из трех подблоков, расположенных в конвекситальных (наружных) отделах коры затылочной (зрение), височной (слух и вестибулярная информация) и теменной (общая чувствительность) долей мозга. Сюда включаются и центральные аппараты вкуса и обоняния, но у человека они занимают в коре головного мозга незначительное место.

Латеральные различия в функционировании аппаратов второго блока мозга достаточно хорошо изучены и описываются в соответствующих разделах. Все они отражают специфику приема, переработки и хранения информации, присущие каждому полушарию мозга. Дихотомические (левое—правое полушарие) принципы анализа функций второго блока определяют как абстрактный (вербально-логический) или конкретный (наглядно-образный), сукцессивный (последовательный) или симультанный (одновременный), аналитический или синтетический способы переработки информации.

Каждый подблок имеет иерархическое строение. Условно в них выделяют первичные, вторичные и третичные отделы. Первые дробят воспринимаемый образ мира — слуховой, зрительный, осязательный — на мельчайшие признаки: округлость и угловатость, высоту и звонкость, яркость и контрастность. Вторые синтезируют из этих признаков целые образы. Третьи объединяют информацию, полученную от разных подблоков, т.е. зрения, слуха, обоняния, осязания.

В ядерную зону зрительного анализатора входят 17, 18 и 19-е поля, кожно-кинестетического анализатора — 3, 1, 2 и частично 5-е поля, звукового анализатора — 41, 42 и 22-е поля; из них первичными полями являются 17, 3 и 41-е, а остальные — вторичные.

**Третий блок — «блок программирования, регуляции и контроля»** расположен преимущественно в лобных долях мозга. Он включает кору передних отделов больших полушарий (моторную, премоторную и префронтальную области), обеспечивает программирование, регуляцию и контроль человеческого поведения, осуществляет также регуляцию деятельности подкорковых образований, регуляцию тонуса и бодрственного состояния всей системы в соответствии с поставленными задачами деятельности.

Первичная двигательная кора (4-е моторное поле Бродмана) не может работать изолированно. Подготовка программ движения и передача их на пирамидные клетки осуществляется в аппаратах вторичных зон двигательной коры, которые располагаются в верхних слоях коры премоторных отделов лобной области. Третичные зоны лобной коры играют решающую роль в формировании намерений и программ, в регуляции и контроле наиболее сложных форм поведения. Человек, у которого этот блок нарушен, лишается возможности поэтапно организовывать свое поведение, не может перейти от одной операции к другой. В связи с этим личность такого человека как бы «распадается». Особенности этих нарушений также зависят от локализации поражения в лобных долях, в том числе и их преимущественной латерализации. В частности, левый третий блок имеет более непосредственное отношение к произвольной регуляции психических функций (мнестических, интеллектуальных). Меньше изучена латеральная специфика правого третьего блока.

Высшие психические функции (ВПФ) у человека, такие, как речь, мышление или память, являются сложными системными формами сознательно-произвольной психической деятельности и этим они качественно отличаются от «натуральных» психофизиологических функций у животных. Возникновение ВПФ в эволюции связано с процессом речевого общения в процессе совместного

труда людей. Психолог Л.С. Выготский называет этот процесс интериоризацией, полагая, что при формировании ВПФ происходило превращение внешних выразительных средств межличностного общения во внутренний психический план индивидуума.

Нейропсихолог А. Р. Лурия дополнил понимание ВПФ представлениями о их динамической мозговой организации. Для осуществления любого вида хической деятельности важна совместная работа трех основных функциональных частей мозга: энергетического блока (глубокие структуры мозга, ретикулярная формация), блока приема, переработки и хранения информации (для зрения — затылочная, для слуха — височная, для общей чувствительности — теменная области), а также блока программирования и контроля поведения (лобная область). Теория о системном строении высших психических функций и их системно-динамической мозговой организации составляет основу современной нейропсихологии и снимает противоречия двух других, диаметрально противоположных точек зрения в решении проблемы «мозг и психика» — узким локализационизмом (кора мозга рассматривается как совокупность отдельных центров ВПФ) и антилокализационизмом (кора мозга специализированных центров не имеет, и все ее участки равнозначны в формировании ВПФ).

#### **Тема 4 Теоретические основы и методологические принципы клинической психологии**

Как уже отмечалось, клиническая психология является не только фундаментальной наукой, но и областью профессиональной деятельности психологов, направленной на повышение психических ресурсов человека и его адаптационных возможностей, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, преодоление недугов и психологическую реабилитацию.

По определению Всемирной организации здоровья (ВОЗ):

*«Здоровье — это ощущение нашего физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов»* (ВОЗ. Основные документы, XXIX изд. Женева, 1968).

*Болезнь* - это отражение неблагоприятного, взаимообусловленного влияния на человека телесных, психических и социальных факторов. При таком понимании болезни очевидно, что успех лечения зависит не только от характера медикаментозных воздействий, но и от динамики отношения больного к своему заболеванию. Поэтому всякое лечение с необходимостью включает рассмотрение психологического аспекта болезни и требует присутствия психолога в любой из клиник, наряду с другими участниками лечебного процесса (рис. 2).

Клинические психологи решают многообразные практические задачи в разных сферах жизнедеятельности (здравоохранение, народное образование, юриспруденция, социальная помощь населению). В центре внимания клинической психологии — человек с душевными «болями» и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состояниями его здоровья. Психологическая диагностика, экспертиза, реабилитация и коррекция являются необходимыми составляющими современных комплексных мер профилактики и преодоления не только заболеваний, но и различных дезадаптивных состояний человека.

Общепсихологическую основу современной нейропсихологии составляет положение о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации.

Учение о высших психических функциях человека в нашей стране было разработано Л.С. Выготским (1896—1934). Высшие психические функции (мышление, память, речь и т.д.) рассматривались им как сложные формы *сознательной произвольной психической деятельности*. Этим они качественно отличны от других психических явлений, которые имеются и у животных. Высшие психические функции представляют собой особые «психологические системы», которые создаются «путем надстройки новых образований над старыми», а старые образования становятся соподчиненными новым (Выготский Л.С, 1960). Например, у животных имеются такие низшие («натуральные») психофизиологические функции, как моторная, мнемическая и др. У человека же появляются *произвольные*, т.е. высшие формы этих функций: человек может

заставить себя запомнить некоторый материал, обратить внимание на какой-то предмет, организовать свою умственную деятельность.

По мнению Л.С. Выготского, общение в процессе совместного труда породило у людей речь. Возможно, что первыми словами были слова-приказы — «возьми это» или «пойди туда», а далее человек научился обращать слова-приказы на самого себя. Человек говорит себе «встань» — и встает; он говорит себе «я должен это сделать» — и делает. Возможность приказывать себе, управлять собой, т.е. произвольность психики, возникла в процессе общественного, культурного развития человека. Таким образом, основной закономерностью формирования высших психических функций является то, что они первоначально существуют как форма взаимодействия между людьми (т.е. как интерпсихологический процесс) и лишь позже — как полностью внутренний (интрапсихологический).

По мере формирования высших психических функций происходит процесс превращения внешних средств осуществления функции во внутренний, психический план. Превращение интерпсихологических (межличностных) отношений в интрапсихологические (отношения с самим собой) Л.С. Выготский назвал процессом интериоризации. Вначале высшие психические функции представляли собой развернутую форму внешней предметной деятельности, которая опиралась на элементарные сенсорные и моторные процессы, а затем эти действия и процессы «свертываются», приобретая характер автоматизированных умственных действий.

В онтогенезе наблюдаются принципиально те же стадии интериоризации.  
*Первая:* взрослый действует словом на ребенка, побуждая его что-то сделать.  
*Вторая:* ребенок

В отечественной психологии существует ряд попыток представить структуру личности (Ковалев А.Г., Платонов К.К., Мясищев В.Н., Рубинштейн С.Л. и др.). В частности, А.Г. Ковалев (1963) духовный облик личности рассматривает как синтез сложных структур: темперамента — как комплекса природных свойств; направленности — как совокупности потребностей, интересов и

идеалов; способностей — как системы интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств. В процессе деятельности личности ее психические свойства определенным образом связываются в соответствии с требованиями этой деятельности. Одновременно основными побудителями всех деятельностей чело-зека является система относительно устойчивых иерархизированных мотивов с формированием смыслообразующих мотивов—стимулов (Леонтьев А.Н.).

С.Л. Рубинштейн (1946), исходя из историко-материалистических позиций, также обобщает проблематику структуры личности в трех сходных планах:

**1) подструктура направленности личности** (Ответ на вопрос: «Что человек хочет?»): установка, интересы, потребности, мировоззрение, идеалы, убеждения, склонности, самооценка и др.;

**2) задатки и способности** (Ответ на вопрос: «Что человек может?»): интеллект (мыслительные способности), частные способности (музыкальный слух, хороший глазомер, любой другой талант), природно-индивидуальные проявления уровня развития психических процессов (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства и воля);

**3) темперамент и характер** (Ответ на вопрос: «Что человек из себя представляет?»): темперамент и характер.

Более обстоятельно структуру личности представили отечественные психологи К.К. Платонов (1906-1984) и В.Н. Мясищев.

**Структура личности по К.К. Платонову.** На основе критерия соотношения социального и биологического в качествах личности он выдвигает четыре группы подструктур личности: 1-я — *направленность и моральные качества личности*. Элементы этой подструктуры, за исключением влечений и склонностей, не имеют непосредственных врожденных задатков, а отражают индивидуально преломленное общественное сознание: влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, убеждения, мировоззрение;

2-я — *опыт*. Подготовленность, индивидуальная культура личности: знания, навыки, умения и привычки, приобретаемые в личном опыте путем обу-

чения, но уже с заметным влиянием и биологических, и даже генетически обусловленных свойств личности;

3-я — *индивидуальные особенности психических процессов*, или психических функций, понимаемых как формы психического отражения (ощущения и восприятия, память, мышление и воображение, чувства, воля);

4-я — *био психические свойства личности*. Активность этой подструктуры определяется больше основными физиологическими свойствами нервной системы: темперамент, половые и возрастные особенности личности, включая ее патологические, так называемые органические изменения.

Особенностями этих четырех подструктур, однако, не исчерпываются индивидуальные свойства личности, поскольку на эти подструктуры накладываются еще две общие подструктуры; *характер и способности*. Являясь подструктурами наложенными, выделяющимися из общей структуры личности, характер и способности представляют собой не самостоятельные подструктуры, а общие качества личности, включающие особенности каждой из четырех основных иерархических подструктур. В предложенной К.К. Платоновым динамической функциональной структуре личности содержится как координационный (взаимосвязи между подструктурами личности на одном иерархическом уровне), так и субординационный (взаимосвязи между подструктурами личности на разных уровнях иерархии) принципы построения.

**Структура личности по В.Н. Мясищеву.** Он несколько иначе трактует понятие структуры личности, рассматривая ее только в качестве одной из сторон личности, наряду с направленностью, уровнем развития и динамикой. По мнению В.Н. Мясищева (1960), психические личностные образования и их функции должны быть непрерывно связаны с содержанием психической деятельности. Их устойчивость, доминирование в сознании и поведении зависит от отношений человека, положительной или отрицательной значимости содержания этой деятельности для него.

Психологические *отношения* человека, как его сознательные избирательные связи с различными сторонами действительности, и формируют созна-



тельную избирательность (приоритетность) в контактах с окружающими, определяют степень интереса, силу эмоций и желаний. Они выступают в качестве движущей силы личности и являются основными побудителями поведения человека. Способности, т.е. те свойства личности, которые являются условиями выполнения человеком разных видов деятельности, являются исполнительским личностным компонентом.

Структурно-характерологические особенности личности схематично можно изобразить следующим образом. *А. Структура личности*

1. Отношения и уровень их развития:

а) высокий (идейный — убеждения, сознание долга, общественно-коллективистические мотивы);

б) средний (преобладание конкретно-личных отношений — личные симпатии и антипатии, непосредственный утилитарный интерес или расчет);

в) низкий (примитивно витальный — влечения).

2. Интеллект и способности и степень их развития:

а) уровень развития — высокий, средний, низкий;

б) дифференцированность отдельных компонентов:

- запаса знаний (высокий, средний, бедный),

- развития умений (высокий, средний, низкий),

- характеристика работоспособности и воли (мера стремления к реализации потребности),

- особенностей других психических процессов (памяти, внимания, мышления).

3. Темперамент (динамика психических реакций и особенности эмоциональности человека):

а) типы по Гиппократу-Павлову: холерический (безудержный), сангвинический (сильный, подвижный), флегматический (сильный, инертный), меланхолический (слабый);

б) человеческие типы по Добролюбову—Павлову: художественный, мыслительный, средний.

4. Характер (личность в ее своеобразии, личность индивидуума и привычные способы поведения):

а) тип характера — сильный, слабый, недифференцированный;

б) структура характера — цельный (гармонический), противоречивый (дисгармонический);

в) направленность основных тенденций — экспансивный, импрессионный, уравновешенно-рассудочный, неуравновешенно-безрассудочный.

### *Б. Содержание личности*

1. Содержание основных отношений личности: социально-общественных, производственных, бытовых, семейных, личных, интимных;

2. Характеристика мировоззрения личности:

— взгляды и оценки (широкие — объективные, узкие — субъективно-личные);

— уровень интересов (идейные, коллективистические, семейные, лично-индивидуалистические, эгоистические, витально-примитивные);

— нравственно-эстетический уровень (гуманистический, индивидуалистический, аморальный);

— идеологический уровень.

Таким образом, представленная система отношений, составляющих личность, выступает как определенная структура, в которой образующие ее отношения постоянно оказываются субординированными таким образом, что ведущими среди них и подчиняющимися себе все другие оказываются отношения, в которых находят выражение основные потребности и интересы личности. Эти «ядерные» отношения накладывают свой отпечаток на все другие отношения личности — характер их проявления, устойчивость, действенность.

Единство в структуре личности, с одной стороны, идеального и материального, с другой — общественного и индивидуального возникает в процессе ее исторического развития. Формирование человека в социальной среде определяет способы его действия, реакций и переживаний, соответствующие этой среде. Социальное извне, из условий, воздействий, требований, образцов, знаний и

впечатлений переходит во внутренние свойства: потребности, привычки, требования личности к себе и к окружающим (Лебединский М.С., Мясисщев В.Н., 1966).

По мнению А.В. Петровского (1982), описание структуры личности не может ограничиваться описанием только пространства ее интраиндивидуальной жизни. Он предлагает при изучении личности фиксировать и ее *интериндивидуальные* свойства. Они проявляются и существуют в межличностных процессах, включающих, по меньшей мере, два индивида. Возникающие при этом взаимоотношения могут характеризовать личности участников взаимодействия. Таким образом, в структуру личности, кроме внутрииндивидуальной подсистемы (темперамент, характер, способности), необходимо включить и межиндивидуальную подсистему.

Однако эти две указанные подсистемы все равно не перекрывают всех проявлений личности. Есть возможность выделить третью составляющую структуры личности — *метаиндивидуальную* (надиндивидуальную) подсистему. Каждый человек вольно или невольно производит в процессе общения и своей деятельности изменения в других людях. В этом случае в центре внимания оказываются именно эти «вклады» личности в другого человека, т.е. ее «персонализации» в нем. Здесь личность индивида выносится за рамки не только индивидуального субъекта, но и актуальных связей этого субъекта с другими индивидуумами, за пределы совместной деятельности с ними.

Метаиндивидуальная подсистема личности в большей мере, чем другие, выражает одну из важнейших духовных потребностей человека — потребность быть личностью, т.е. своей деятельностью производить значимые для других людей изменения в их интеллектуальной и эмоциональной сферах, продолжая тем самым свое существование в них. Метаиндивидуальную подструктуру личности можно исследовать через изучение других людей путем исследования «идеальной представленности» в них исследуемой личности. перенимает от взрослого способ обращения и начинает воздействовать словом на взрослого. И *третья*: ребенок начинает воздействовать словом на самого себя.

Внешние материальные действия, совершаемые ребенком, представляют исходный материал для развития высших психических функций. В период младенчества эти познавательные действия доступны наблюдению; младенец манипулирует предметами, зрительно их обследует. С возрастом они видоизменяются под влиянием «свертывания» и «погружения» — число видимых компонент познавательных действий уменьшается, так как они превращаются во внутренние мыслительные операции.

Таким образом, у ребенка в процессе формирования постепенно происходит смещение акцентов: сначала он познает мир благодаря действиям, затем — в образах, а далее у него формируется и символическое представление мира через язык и мышление.

А.Р. Лурия дополнил понимание высших психических функций представлениями о *мозговых функциональных системах* (1962). Под функциональной системой в нейропсихологии понимается психофизиологическая основа высших психических функций. В их состав входит набор афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) звеньев. Согласно этим представлениям, психические функции, например речь, обеспечиваются деятельностью в мозге человека единой функциональной системы, отдельные части которой локализованы в различных участках мозга, начиная с корковых отделов и заканчивая стволом. Ограниченное поражение одной из частей такой системы обычно не может полностью вывести ее из строя, так как сохранные части системы продолжают функционировать, компенсируя в известной степени возникшие нарушения. Тем не менее поражение некоторых отдельных участков функциональной системы может привести к определенным расстройствам. Аномальное функционирование отдельных участков мозга может приводить к более или менее существенному дефициту в психических процессах, затрагивая различные уровни и звенья в их обеспечении. Более стабильными в плане функциональной определенности являются участки мозга, связанные с деятельностью анализаторов. На современном этапе динамическую локализацию функций мозга следует расценивать как подвижную локализацию функцио-

нальных систем в относительно стабильных морфологических системах анализаторов (Кукуев Л.А., 1974).

Формируясь прижизненно, под влиянием социальных воздействий, высшие психические функции человека меняют свою психологическую структуру и соответственно свою мозговую организацию. Например, речевые области у ребенка вначале твердо еще не фиксированы и начинают развиваться одновременно в обоих полушариях, причем, если в раннем детстве какой-либо из центров речи повреждается, он компенсируется формированием функционального аналога в другой части коры, что свидетельствует об изначально пластичной структуре «пустого» (в смысле социальной информации) мозга. Однако по мере развития ребенка речевые функциональные центры как бы мигрируют из правого полушария в левое, а места их первичной дислокации приобретают иное функциональное значение.

В процессе развития левое полушарие берет на себя функции речи и логического мышления, а правое — управление координацией движения, а также фиксацию геометрических связей объектов, интуитивного понимания смысла, эмоций. В правом полушарии производится обработка первичной информации об образе, в нем же порождаются представления объектов, которые на первом этапе замещают у человека во внутренней модели мира объекты внешнего мира. Первичные образы могут быть затем преобразованы левым полушарием в символы, а их отношения при дальнейшей формализации — в логические конструкции. Эти конструкции отчасти могут вновь быть наглядно представлены в правом полушарии и т.д.

## **Темы 5 Концепции личности в клинической психологии**

Человечество вышло через развивающее общение и трудовую деятельность из животного мира. Человек, с одной стороны, — биологическое существо, принадлежащее к классу млекопитающих, отличающихся прямохождением,

развитием рук и высокоразвитым мозгом. С другой стороны, человек — существо общественное. Это самый важный признак, так как общественные отношения, коллективный труд изменили и подчинили себе биологическую, телесную организацию человека. Именно в ходе исторического, общественного развития сформировалось особое качество человека, называемое личностью.

Проблемой личности занимается целый ряд наук: философских, общественно-исторических, юридических, педагогических, а также психология и патопсихология. Однако до настоящего времени в учении о личности нет единства, поэтому существуют немалые сложности в использовании понятийного аппарата. Человек, являясь организмом и личностью, представляет собой сложнейший интегративный результат биологического развития материи и процесса общественного развития. Чтобы научно описать человека, в психологии используется ряд понятий, которые представляют человека с разных сторон. Кроме самого понятия «личность», к таким понятиям относятся понятия «индивид» и «индивидуальность» .

Отечественный психолог А.Н. Леонтьев (1903-1979) подчеркивал, что необходимой предпосылкой научного психологического анализа личности является, в первую очередь, различение понятий «индивид» и «личность».

*Личность* — это принципиально другое, особое системное социальное качество индивида, которое он приобретает в процессе возрастного развития при взаимодействии со своим социальным окружением. Младенец как индивид имеет лишь врожденные задатки для становления его как личности. Эти природные предпосылки развиваются только в том случае, если индивид будет «втянут» в общение и совместную деятельность с другими людьми. Опыт изучения детей, воспитанных животными, свидетельствует об исключительной сложности осуществления этой задачи. В личности, прежде всего, мы обнаруживаем социальные качества человека. Развитие человека в обществе и формирует его как личность.

Таким образом, понятия «индивид» и «личность» не тождественны. Индивид — это та реальность, которая заключена в границах тела человека, в то время

как личность — образование, не только выходящее за пределы этого тела, но и формирующееся во внешнем пространстве социальных отношений.

Собственно личностью (узкое значение термина) в психологии обозначают те особые свойства индивида, которые он приобретает только в обществе и которые характеризуют *уровень и качество представленности в нем социальных отношений*. Они проявляются в совместной деятельности и в общении с другими людьми (личность как субъект социальных отношений и сознательной деятельности). Что же касается природных индивидуальных свойств (морфофизиологических), а также некоторых приобретенных психофизиологических особенностей, то они к собственно личностным не относятся, а характеризуют человека как индивида. Таким образом, здесь *человек как личность является субъектом общества и представляет собой устойчивую психологическую систему социально значимых его свойств (черт личности)*.

Слово «личность» в английском языке (personality) происходит от латинского persona. Первоначально это слово означало маски, которые надевали актеры в древнегреческом театре. По сути, этот термин изначально указывал на роль, фигуру в театральном действии. Таким образом, уже с тех времен в понятие «личность» вкладывался внешний, поверхностный социальный образ, который принимает индивид, когда играет определенные жизненные роли. В русском языке имеется подобная аналогия в слове «личина», также обозначающая исполнение чужой роли, притворную внешность, общественное лицо, обращенное к окружающим. Хотя подобная точка зрения на понятие личности в настоящее время считается сильно упрощенной, однако в среде непрофессионалов она достаточно распространена — большинство людей оценивают личность по критериям обаяния, умения вести себя в обществе, т.е. внешней привлекательности. Здесь имеет место отождествление личности с тем внешним социальным впечатлением, какое человек производит на окружающих.

Человек в обществе включен во множество различных социальных групп (семья, учебная группа, рабочий коллектив, дружеская компания и т.д.). В каждой группе он занимает определенное положение, обладает неким статусом, к нему

предъявляются определенные требования. Таким образом, один и тот же человек должен вести себя везде по разному, т.е. выступать в разных ролях. Освоение социальных ролей — часть процесса социализации личности, условие «врастания» в общество себе подобных. В ряде случаев требования к ролевому поведению в разных ситуациях оказываются противоречивыми. Личность (подструктура направленности) позволяет сохранить целостность своего «Я», оставаться самим собой при исполнении разных ролей. Развитая личность может использовать ролевое поведение как инструмент адаптации к определенным социальным ситуациям, в то же время не сливаясь, не идентифицируясь с ролью.

При широком понимании и употреблении термина «личность» его значение практически совпадает с понятием конкретного, отдельного человека с акцентом на его неповторимость и уникальность. Здесь понятие личности уже включает в себя темперамент и характер человека, а также индивидуальные биофизиологические характеристики организма — тип метаболизма, особенности нервных процессов или другие «природно-обусловленные» свойства (Рубинштейн С.Л., 1973; Ананьев Б.Г., 1977). Однако и здесь понятие личности акцентирует внимание на общественно-исторической природе человека, но не ограничивается этим, поскольку личность — это еще и ядро, своеобразное интегрирующее начало, которое связывает воедино различные психические и физиологические процессы индивида, придает его поведению необходимую последовательность и устойчивость.

Психологически зрелой личностью может считаться человек, достигший определенного, достаточно высокого уровня психического развития. В качестве главной черты достижения этого уровня развития отмечается возникновение у человека способности вести себя независимо от непосредственно воздействующих на него обстоятельств и даже вопреки им, руководствуясь при этом собственными, сознательно поставленными целями. Именно развитие сознания отражает становление человека как личности. Важнейшей составляющей сознания является самосознание — о чем бы человек ни думал, он всегда более или менее сознает самого себя, свое личное существование, свое «Я».



Личность не может характеризоваться развитием какой-либо одной из ее сторон — рациональной, эмоциональной или волевой. Личность — это некая нерасторжимая целостность всех ее сторон. Личность в широком понимании вмещает в себя как отдельные психические функции, так и физическую конституцию. Она составляет единство как в смысле интеграции психических и соматических процессов, так и в смысле постоянного осознания самой себя во времени. Она является динамической системой, постоянно изменяющейся и развивающейся во времени, но, несмотря на это, она все равно представляет собой некое единство во всем его многообразии.

*В широком понимании личность есть некое организованное и организующее целое (структура) относительно постоянных свойств (черт), динамически развивающихся из врожденных задатков индивида во взаимодействии с жизненной средой (Конечный Р., Боухал М., 1983).*

Один из основателей психологии личности и инициатор разработки системного подхода к ее изучению, американский психолог Г.У. Олпорт (1897-1967), еще в 1937 г. приводит около 50 определений личности, почерпнутых из философии, юриспруденции, социологии и психологии. Он выделяет в них две основные группы: биосоциальные и биофизические определения. В группе биосоциальных определений понимание личности близко к житейскому, и личность определяется отношениями индивида к другим людям. В частности, по представлениям Г.С. Салливана (1892—1949), личность есть динамический центр различных процессов, происходящих в межличностных отношениях, и выражается она в поведении по отношению к одному или нескольким лицам. В группе биофизических определений акцент делается на качества и свойства, исходящие из самого индивида. Личность здесь является динамической организацией в индивидах тех психофизиологических систем, которые определяют его уникальные реакции на окружающие условия. Например, Г. Айзенк понимает личность как более или менее прочную и стабильную организацию характера, темперамента, интеллекта и тела, которые и определяют индивидуальные особенности адаптации человека к окружающей среде.

При определении личности спорными для психологов являются обычно следующие положения:

- 1) следует ли относить к личности и физическую конституцию;
- 2) нужно ли включать в определение признак приспособляемости (адаптации) к среде;
- 3) должно ли определение личности включать в себя социальный характер своего положения.

Целесообразно обратить внимание на то, что при всем различии взглядов психологи сходятся на том, что личность представляет собой некое единое целое, динамический центр интеграции психических и соматических процессов. В большинстве определений личность представлена теми характеристиками, которые «отвечают» за устойчивые формы поведения. Личность как таковая относительно постоянна во времени и меняющихся ситуациях.

### ***Структурные личностные модели***

Все предложенные психологами структурные концепции личности пытаются выделить и упорядочить в систему устойчивые, относительно неизменные личностные характеристики. Наиболее популярные примеры структурных концепций — это концепции черт и концепции типа личности.

***Концепции черт личности.*** Здесь личностная черта рассматривается как устойчивое качество или склонность человека вести себя всегда устойчиво определенным образом в разнообразных ситуациях.

Г.У. Олпорт разделил черты на кардинальные, центральные и вторичные. Кардинальная черта выражает всеобщую, кардинальную предрасположенность (диспозицию) человека, которая фактически видна в каждом его действии. Например, мы говорим о садизме как о черте, названной именем маркиза де Сада, или мы говорим об авторитарной личности, которая фактически все воспринимает в контрастных, черно-белых тонах. Обычно у человека таких кардинальных черт немного, если они вообще есть. Центральные черты, такие, как честность, доброта или настойчивость, выражают диспозиции в широком, но более ограниченном, в отличие от кардинальных черт, спектре ситуаций. Еще менее заметны вторичные

черты, они как диспозиции менее всего обобщены и согласованы. В любом случае понятие «черта личности» необходимо для выражения того, что делает обычно человек во многих ситуациях, а не для того, что именно он сделает в данной конкретной ситуации. Согласно Олпорту, для понимания поведения необходимо как понятие черты, так и понятие ситуации. Черта объясняет согласованность поведения, а признание роли ситуации необходимо для объяснения его вариативности.

По мнению Раймонда Бернарда Кеттелла (Cattell, 1905-1998), который разработал *факторную теорию черт личности*, ядро личностной структуры образовано 35 устойчивыми первичными чертами (факторами). Из них 23 являются характеристиками нормальных людей, а 12 относятся к патологическим отклонениям. Из нормальных черт наиболее изученными являются 16 личностных факторов, которые и входят в разработанный им «Шестнадцатифакторный личностный опросник» (16PF).

В своих работах Кеттелл подчеркивал, что среди множества классификаций черт особенно важны две. Первая делит все черты на черты способностей, темперамента и динамические. Другая — на поверхностные и глубинные черты. *Черты способностей* характеризуют навыки и способности человека, *черты темперамента* относятся к эмоциональной жизни и особенностям стиля поведения, а *динамические черты* в основном определяют направленность личности — стремления, мотивацию, цели. Различение поверхностных и глубинных черт связано с уровнем, на котором мы наблюдаем поведение.

**Концепции типа личности.** Другой путь анализа структуры личности основывается на выделении не отдельных личностных черт, а типа личности. Тип личности — это уже совокупность множества различных черт, которые взаимосвязаны и определяют постоянные и обобщенные поведенческие характеристики. Например, К. Юнг придерживается мнения, что люди разделяются на две категории: *интровертов* (замкнутые, углубленные в себя) и *экстравертов* (общительные, ориентированные на окружение). С этой точки зрения любая личность — непременно либо одно, либо другое.

Английский ученый немецкого происхождения Ганс Юрген Айзенк (Eysenck H.: 1916-1997) подходил к проблеме типологии личности уже с опорой на математические методы исследования, так же как это делал Кеттелл. Однако он попытался выделить еще более крупные структурные компоненты личности, объединяя черты (факторы) в суперчерты — личностные типы.

Ядром *факторной теории типов* Айзенка является разработанная им концепция, согласно которой элементы личности располагаются иерархически — в четыре уровня (тип, черта, привычка, действие). Например, экстраверсия, как суперчерта, или тип, складывается из множества отдельных черт — общительности, живости, активности, настойчивости, стремления к успеху. В свою очередь отдельная черта состоит из многочисленных привычек.

Структурно-динамические личностные модели в отечественной психологии представлены концепциями Платонова, Мясищева, Петровского.

С.Л. Рубинштейн, обобщая проблематику структуры личности, выделяет в ней три главные подструктуры: направленности личности, задатков и способностей, а также свойств характера и темперамента.

## **Тема 6 Нарушения восприятия**

Познание человеком окружающего мира начинается с ощущений и восприятий. Их определение дается с привлечением понятия «психическое отражение». Если в ощущениях находят свое отражение лишь единичные свойства предметов и явлений, то в восприятиях предмет или явление отражается целостно, в совокупности всех своих свойств и частей. Восприятие является более сложным психическим процессом, в его формировании принимают участие не только ощущения, но и другие составляющие психики и личности в целом.

Раздражитель способен вызвать адекватное ощущение только при достижении определенной величины или силы. Сила воздействия не должна превышать и верхние пределы функциональных возможностей анализатора. Ощущение обычно не исчезает сразу после окончания действия раздражителя. Учеными Э.

Вебером и Г. Фехнером описана математическая зависимость связи силы внешнего, физического раздражителя с интенсивностью ощущения, т.е. явлением уже психического, идеального плана.

Интенсивность ощущений зависит не только от силы раздражителя и уровня функциональной активности рецептора (его адаптации или сенсбилизации), но и от раздражителей, действующих одновременно и на другие органы чувств. Например, при синестезии ощущение возникает под влиянием раздражителя, характерного для другого анализатора. При действии раздражителя как ощущение, так и восприятие возникают не сразу, и эта задержка связана с процессом опознания стимула, которая осуществляется в отдаленных от проекционных зон соответствующего анализатора участках мозга.

Восприятие существенно отличается от ощущений: ощущения субъективно для человека всегда находятся в нем самом, в то время как образы восприятия локализованы во внешнем пространстве. Они характеризуются целым рядом свойств (предметность, целостность, константность, избирательность, осмысленность, апперцепция), которые указывают на участие в создании образов восприятия.

Расстройства восприятия.

При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных заболеваниях, перцептивные процессы могут нарушаться. Однако существуют и такие отклонения восприятия, которые могут наблюдаться и у вполне здоровых людей (например, иллюзии). Расстройства восприятия условно можно подразделить на три основные группы: иллюзии, галлюцинации и расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства).

Иллюзии. Иллюзией (от лат. *illusio* — ошибка, заблуждение) называют искаженное восприятие реально существующего предмета или явления. Иллюзии классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, тактильные и др. В зависимости от основных причин, лежащих в основе искажения восприятия, все иллюзии также можно подразделить на физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии объясняются объективными физическими законами и не зависят от самого человека. Примером физической иллюзии, которая улавливается и фотоаппаратом, может служить восприятие ложки в стакане воды. Ложка кажется изломанной в силу разных светопреломляющих свойств воды и воздуха.

Физиологические иллюзии находят свое объяснение в особенностях устройства и деятельности органов чувств. Например, попробуйте надавить сбоку на глазное яблоко, и тотчас предмет, на который мы смотрим, раздвоится. Раздвоение предмета возникает в силу увеличения диспаратности его изображения на сетчатках глаз. Другой пример иллюзии этого типа мы находим у Аристотеля: скрестите два пальца и начните катать между ними небольшой шарик, и он покажется двойным. Когда предмет сначала соприкасается с указательным пальцем, а затем со средним, оба соприкосновения происходят в различных привычных для нас точках пространства. Прикосновение к указательному пальцу кажется выше, хотя палец на самом деле находится ниже; прикосновение к среднему — ниже, хотя палец в действительности выше. Много такого рода иллюзий связано с деятельностью вестибулярного аппарата — иллюзии кренов, противовращения и др.

Психические иллюзии связаны как с различными психическими состояниями человека, так и с некоторыми психологическими особенностями нашего восприятия.

При заболеваниях психические иллюзии наблюдаются наиболее часто при состояниях расстроенного сознания, при возбуждении (экзальтация, экстаз) у маниакальных больных или состояниях страха и тревоги при депрессиях, когда больной склонен считать эти ошибки восприятия реальностью. Вербальные иллюзии, при которых больной вместо нейтральной речи слышит в свой адрес

брань, угрозы и оскорбления, часто встречаются на ранних этапах становления слуховых вербальных (речевых) галлюцинаций при некоторых психозах. Они отличаются от так называемых функциональных слуховых галлюцинаций тем, что при иллюзиях патологически возникший образ поглощает образ реального предмета (больной «слышит вместо...»), при галлюцинациях — патологический образ с реальным не сливается («слышит вместе с...»).

У здоровых на фоне различных психических состояний (ожидание, тревога или страх) также часто возникают психические иллюзии. Например, при входе в комнату ребенок пугается фигуры у окна, но вслед за этим рассмеется, так как увидит, что его испугали пальто и шляпа, висевшие на вешалке. И если в каждом дереве, стоящем у дороги, мы видим человека, которого ждем, то речь тоже идет о психических иллюзиях.

Для того чтобы процесс интерпретации сенсорной информации достиг уровня сознания, необходимы специальные приемы, и о некоторых из них уже говорилось ранее — упрощение изображения, принципы группировки, контрасты и др. К иллюзиям часто приводит неоднозначность восприятия, возникающая в силу недостатка существенной информации или избытка несущественных сведений в изображении. Неоднозначность восприятия возникает и в случаях, если из одного и того же изображения можно извлечь несколько значимых образов. Например, известная картина художника Сальвадора Дали «Невольничий рынок с исчезающим бюстом Вольтера» предполагает альтернативные способы интерпретации изображенной сцены. В самом центре картины изображены две маленькие монахини, которые стоят рядом. Но при другой перцептивной организации картины лица монахинь превращаются в глаза Вольтера, а их соприкасающиеся фигуры — в нос и подбородок. До некоторой степени эти два способа организации зрительной информации несовместимы: трудно воспринимать оба изображения одновременно.

Зрительные иллюзии обнаружены и у животных. В частности, именно на их основе формируются различные способы маскировки и мимикрии. Все эти явления убеждают, что существуют какие-то общие факторы, вызывающие

возникновение иллюзий, и для многих из них до сих пор нет убедительного толкования.

Галлюцинации. Галлюцинации — это расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует. Это восприятие, которое, как говорят, не опирается на внешний объект, иначе — это «мнимое, ложное восприятие». Мы можем наблюдать галлюцинации при психических заболеваниях, а также у здоровых людей в стрессовых ситуациях, в экспериментах с сенсорной изоляцией или при применении определенных веществ (галлюциногенов). Галлюцинации также можно внушить человеку, находящемуся в глубоком гипнотическом сне..

. Единой теории, объясняющей патогенез галлюцинаций, нет. Исторически первой сложилась периферическая теория происхождения галлюцинаций, согласно которой они возникают в связи с болезненным раздражением периферического отдела соответствующего органа чувства. С позиций психологической теории возникновение галлюцинаций объясняется усилением образов представления, подтверждение чему усматривали в особенностях эйдетизма. Неврологическая теория связывала появление галлюцинаций с повреждением определенных церебральных структур, в частности подкорковых образований. Физиологические теории возникновения галлюцинаций в основном базируются на учении И.П. Павлова — формирование очагов патологической инертности возбуждения в коре головного мозга лежит в основе галлюцинаций. Сходство патологических изменений психики в условиях изоляции и «сенсорного голода» с психопатологическими явлениями, наблюдающимися при различных психозах, породило исследования, в которых была установлена роль сенсорной депривации в происхождении галлюцинаций. Современные исследователи электрофизиологической природы сна связывают механизм галлюцинаций с укорочением фазы быстрого сна со своеобразным проникновением ее в бодрствование. Многочисленными работами последних десятилетий выявлена связь между появлением различных психических расстройств, в том числе



галлюцинаций, и нарушениями обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе.

Галлюцинации обычно классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные и др. Большое значение в психиатрической диагностике придается подразделению галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации характеризуются чувственной яркостью, они развертываются в реальном пространстве того или иного анализатора, и «больные не только думают, что они видят и слышат, но и на самом деле видят и слышат» (Крепелин Э., 1909). Поведение больных обычно соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний, и они убеждены, что и окружающие люди видят и слышат то же, что и они.

Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций тем, что при них нет полной чувственно-телесной яркости образов, и это сближает их с представлениями. Больные говорят о видимом и слышимом, добавляя «как будто», хотя они при этом и настаивают на реальности своих галлюцинаций. Псевдогаллюцинаторный образ развертывается в представляемом, а точнее — интрапсихическом (субъективном) пространстве того или иного анализатора, поэтому больные могут сообщать о возможности «видеть» за линией горизонта или через непрозрачные преграды, а также сообщают о возникающих «внутри головы» звуках и человеческих голосах. Поскольку ложные галлюцинации осознаются как нечто субъективное и весьма отличное от реальных образов, поведение больных почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций. Псевдогаллюцинации свидетельствуют о более неблагоприятном течении психического заболевания, часто приобретают затяжной и хронический характер, сопровождаются обычно и нарушениями мышления.

Иногда из группы псевдогаллюцинаций выделяют экстракампинные галлюцинации, которые проецируются вне поля досягаемости соответствующего анализатора. При этом больные «видят» сзади себя, за стеной, «слышат» за многие сотни километров.

У здоровых людей на фоне утомления или истощения иногда при засыпании кратковременно возникают зрительные или слуховые галлюцинации, похожие на псевдогаллюцинации, которые называют гипнагогическими из-за близости их к сновидениям (аналогичные гипнопомпические галлюцинации отмечаются в момент пробуждения).

Зрительные и слуховые галлюцинации часто подразделяют на простые (фотопии — восприятие вспышек света, звездочек, искр; акоазмы — восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача) и сложные (вербальные — восприятие членораздельной речи).

При рефлекторных галлюцинациях воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного (больной слышит фразу — и тут же в голове начинает звучать похожая на нее фраза).

Апперцептивные галлюцинации (слуховые или зрительные) появляются после соответствующего волевого усилия больного, желающего их испытать.

Галлюцинации Шарля Бонне (зрительные, реже слуховые) наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (у слепых, глухих), а также при сенсорной депривации или изоляции (в тюрьме, иноязычной среде) в поле пораженного или информационно ограниченного анализатора. Их следует отличать от гемианоптических галлюцинаций в поле гемианопсии при поражении коркового конца анализатора (опухоль, травма, сосудистое поражение).

Галлюцинации, которые возникают вследствие психической травматизации, называются психогенными. Они подразделяются на следующие разновидности:

— доминантные (слуховые и зрительные) с психологически понятным содержанием, отражающим психическую травму и эмоционально насыщенные;

— эйдетические (чаще слуховые), которые склонны повторяться по типу клише (например, постоянное галлюцинаторное воспроизведение похоронной музыки и рыданий при похоронах);

— галлюцинации воображения Дюпре, где фабула вытекает из истерических мечтаний и фантазии;

— индуцированные галлюцинации — возникают по типу взаимовнушения и самовнушения на фоне эмоционального напряжения;

— внушенные галлюцинации — часто встречаются при алкогольном делирии во время «люцидного окна» (дневного прояснения сознания): симптом Рейхардта (внушенное чтение по чистому листу бумаги), симптом Ашаффенбурга (внушенный мнимый разговор по отключенному телефону), симптом Липмана (внушенные зрительные галлюцинации после десятисекундного надавливания на глазные яблоки) и др.

Расстройства сенсорного синтеза. Восприятие является сложным процессом интеграции, синтеза образа воспринимаемого объекта из сенсорных сигналов, поступающих через органы чувств от внешней среды и собственного тела. При некоторых состояниях и заболеваниях мы встречаемся с различными нарушениями процесса синтеза, интеграции сенсорной информации в ходе восприятия. Обычно к психосенсорным расстройствам относят две группы нарушений — дереализацию и расстройства «схемы тела».

Дереализация — нарушение сенсорного синтеза информации, которая поступает из внешнего мира. Из ассоциации сенсорных сигналов, принимающих участие в формировании образа внешней действительности, что-то может «выпадать», изменяться, и в конечном итоге окружающий нас мир теряет свою чувственную реальность — искажается.

Человек может утратить восприятие глубины пространства, и тогда все окружающее видится ему в плоскостном, двухмерном изображении. Искажения восприятия могут касаться и определенных признаков предмета — формы (метаморфопсия), величины (увеличение — макропсия, уменьшение — микропсия) или др. При порропсиях нарушается оценка расстояния — человеку кажется, что предметы находятся дальше или ближе, чем они расположены в действительности; при дисмегалопсии расстройство восприятия касается удлинения, расширения, скошенности или перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Близкими к дереализации являются расстройства, когда обычная, знакомая обстановка или звуки воспринимаются совершенно новыми и незнакомыми (феномены «никогда не виденного» — фр. «*jamaïs vu*»; «никогда не слышанного» — «*jamaïs entendu*») или, наоборот, новая обстановка (местность, улица, дом, речь, музыка) воспринимается хорошо знакомой и известной (феномены «уже виденного» — «*déjà vu*»; «уже слышанного» — «*déjà entendu*»).

Эти и ряд других, более сложных феноменов ложного узнавания («уже пережитого» и «никогда не испытанного») одни исследователи относят к расстройствам восприятия, а другие — к расстройствам памяти. Они длятся, как правило, несколько мгновений или минут, и очень редко это состояние продолжается несколько часов. Они могут сопровождаться и элементами парамнезий, т.е. когда уверенность в реальности пережитого события у больного сохраняется долго. Подобные состояния, когда критика пережитого длительно отсутствует, могут служить основой появления толкования и веры в «вещие сны», «другую жизнь, предшествующую рождению» и т.п. Все эти симптомы нозологически неспецифичны, могут быть не только при различных заболеваниях (эпилепсия, аффективные нарушения, неврозы), но и при сильном утомлении. Особенно волнуют больных искажения времени — его замедление (брадикардия) или ускорение (тахикардия), а также утрата эмоциональных компонентов восприятия окружающего — «все застыло, остекленело», а «мир стал подобен декорации». У больных почти всегда сохраняется критическое отношение к этим нарушениям, они чужды личности и субъективно крайне неприятны.

Расстройства «схемы тела» характеризуются различными симптомами нарушений восприятия собственного тела, своеобразных ощущений увеличения или уменьшения веса, размеров всего тела или его частей (рук, ног, головы). К расстройствам схемы тела относится также нарушение восприятия соотношения между частями тела: больные говорят о неправильном положении ушей, «перекрученности» тела. Указанные изменения больной ощущает только при закрытых глазах, так как под контролем зрения все неправильные представления о своем теле исчезают. Тема 7 Нарушение эмоционально-волевой сферы.

Эмоции (от лат. *emoveo* — потрясаю, волную) — психический процесс субъективного отражения наиболее общего отношения человека к предметам и явлениям действительности, к другим людям и самому себе относительно удовлетворения или неудовлетворения его потребностей, целей и намерений.

Если процесс удовлетворения потребностей протекает благоприятно, то человек испытывает положительные эмоции: напротив, отрицательные эмоции возникают в ответ на неудовлетворение потребностей или отсутствие нужного результата собственного действия.

Эмоции, как и ощущения, восприятия или мышление, являются одной из форм отражения сознанием реального мира. Однако эмоции отражают предметы и явления не сами по себе, а в их отношении к субъекту, их значимости для его потребностей и мотивов деятельности. Таким образом, эмоции обусловлены, с одной стороны, внутренними потребностями и мотивацией, а с другой — особенностями внешней ситуации. Они как бы устанавливают связь и взаимоотношения между этими двумя рядами событий, сигнализируя субъекту о возможности или невозможности удовлетворения его потребностей в данных условиях.

### **Основные свойства эмоций**

**1. Субъективный характер эмоций.** Все психические процессы являются субъективным отражением объективного мира, зависимым от жизненного опыта, состояния и установок человека. Но особенно четко субъективность проявляется в эмоциях. Некоторые проявления эмоций человек в состоянии сдерживать и может внешне демонстрировать состояние, совершенно противоположное истинному чувству. Субъективность эмоций выражается и в том, что одно и то же событие может вызывать у разных людей самые различные, а порой и противоположные эмоции. С другой стороны, даже сходные переживания у разных людей всегда будут в чем-то различаться. Нам иногда бывает трудно выразить словами то, что мы переживаем. Отсюда возникает иллюзия почти полной оторванности мира чувств от внешней действительности.

**2. Полярность эмоций** вытекает уже из самого определения их, выражая процесс удовлетворения или неудовлетворения потребностей. Все эмоции отличаются полярностью, т.е. обладают положительным или отрицательным знаком: удовольствие—неудовольствие, веселье—грусть, радость—печаль. Следует, однако, отметить, что оба эти эмоциональных полюса не являются взаимоисключающими. В человеческих переживаниях они часто образуют сложное, нередко противоречивое единство — амбивалентность, например, страстная любовь может уживаться со жгучей ненавистью. Эту амбивалентность чувств часто можно объяснить простым несовпадением эмоциональных ситуативных переживаний (реакций) и устойчивых эмоциональных отношений. В новой и незнакомой ситуации иногда можно фиксировать неопределенное по знаку, так называемое эмоциональное ориентировочное состояние. Оно обычно не является длительным и исчезает с изменением ситуации, переходя в положительную или отрицательную эмоцию.

**3. Фазность эмоций** характеризует эмоции в их динамике с количественной стороны. Замечено, что в пределах одного и того же эмоционального состояния (одной модальности) отчетливо обнаруживаются колебания его интенсивности по типу напряжения—разрядки и возбуждения—успокоения.

Если чувство удовольствия или неудовольствия вызвано более особенностями самих предметов и их ролью в удовлетворении потребностей, то степень напряжения и возбуждения обусловлена спецификой самого чувства. Так, например, гнев чаще протекает в форме ярко выраженного возбуждения, в то время как для удовольствия характерно успокоение.

Немецкий психолог Вильгельм Вундт (1832—1920) демонстрировал эти свойства на примере вслушивания в ритм метронома. Если испытуемый субъективно организовывал звуки в определенные такты, то по мере повторения звукового ряда он все время находил подтверждение этой организации, каждый раз испытывая чувство удовольствия. Если очень замедлить ритм метронома, то у человека в ожидании следующего звука непроизвольно возникает чувство напряжения, а при появлении очередного щелчка возникает чувство разрядки.

Если экспериментатор учащает щелчки метронома, то у испытуемого появляется какое-то внутреннее возбуждение. Если темп вновь замедляется, то возникает успокоение.

### **Патология эмоциональной сферы**

Симптомы эмоциональных нарушений разнообразны и многочисленны, но можно выделить пять основных типов патологического эмоционального реагирования:

кататимный тип — обычно возникает в стрессовых ситуациях, патологические эмоциональные реакции относительно кратковременны, изменчивы, психогенно обусловлены (неврозы и реактивные психозы);

голотимный тип — характерна эндогенная обусловленность (первичность) нарушений настроения, которая проявляется полярностью эмоциональных состояний, их устойчивостью и периодичностью появления (маниакально-депрессивный и инволюционный психозы, шизофрения);

паратимный тип — характеризуется диссоциацией, нарушением единства в эмоциональной сфере между эмоциональными проявлениями и другими компонентами психической деятельности (шизофрения);

эксплозивный тип — отличается сочетанием инертности эмоциональных проявлений с их взрывчатостью, импульсивностью (признаки пароксизмальности), доминирует злобно-тоскливое или экстатически-приподнятое настроение (эпилепсия, органические заболевания мозга);

дементный тип — сочетается с нарастающими признаками слабоумия, не критичности, расторможенности низших влечений на фоне благодушия, эйфории или апатии, безразличия, аспонтанности (болезнь Альцгеймера, атеросклеротическое слабоумие, прогрессивный паралич и др. заболевания).

Колебания фона настроения в нормальном диапазоне, т.е. отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином «эутичное настроение». В патологии важное практическое значение имеют: гипотимия (снижение фона настроения), гипертимия (повышение фона настроения) и паратимия (извращенная эмоциональность).

**Гипотимия** — сниженное настроение, переживание подавленности, тоски, безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Типичный депрессивный синдром (депрессия) характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Настроение у больных меланхолическое, угнетенное, с глубокой печалью, унынием и тоской, с неопределенным чувством грядущего несчастья и физически тягостными ощущениями стеснения и тяжести в области сердца, груди, во всем теле. Самочувствие больных особенно ухудшается в ранние утренние часы, и тогда возрастает опасность суицида. Депрессиям обычно сопутствуют нарушения сна и аппетита, снижается половое влечение, у женщин прекращаются менструации (витальные, соматические признаки депрессии). При нерезком депрессивном аффекте (субдепрессии) витальные признаки слабо выражены или вовсе отсутствуют.

При типичных депрессиях все компоненты депрессии выражены равномерно, при атипичных депрессиях некоторые компоненты депрессии исчезают, а другие усиливаются.

При преобладании в структуре депрессии тревоги (тревожная депрессия) больные мечутся, «не находят себе места», просят помощи, убеждены в грядущей им опасности (тоскливое возбуждение — раптус).

При преобладании в структуре депрессии апатии (апатическая депрессия) больные малоподвижны, безучастны к себе и окружению, просят оставить их в покое.

При преобладании в структуре депрессии расстройств вегетативной регуляции внутренних органов и слабой выраженности собственно гипотимического аффекта говорят о маскированной (ларвированной, скрытой) депрессии или ее соматовегетативном эквиваленте. Такие депрессии трудно диагностируются, так как напоминают какое-либо соматическое страдание («маскируются» под него) и больные длительное время безуспешно лечатся у врачей-соматологов разных специальностей.



Применение современных методов биологической терапии позволяет добиться положительного эффекта в 60—70% всех случаев острых депрессивных эпизодов. Пациент должен знать, что лечебный эффект антидепрессанта в большинстве случаев обычно наступает через 1-3 недели от начала приема. При наличии положительного эффекта прием антидепрессанта часто требуется продолжать много месяцев (6—9), а отмена препарата, как правило, производится постепенно. Для профилактики рецидивов аффективных расстройств (как депрессии, так и мании) обычно используют литий или финлепсин, которые принимаются на протяжении ряда лет. Их профилактическое действие во многом зависит от правильного подбора нужной дозировки препарата.

Хотя основой лечения эндогенных аффективных расстройств являются биологические методы, пренебрежение параллельно проводимой психотерапевтической программой недопустимо.

При интерперсональной терапии (Klerman G.L., Weissman M.M., 1984) акцент делается не на внутренних конфликтах и переживаниях, а на актуальном приспособлении больного, его неуспешности в общении с окружающими.

Методы когнитивной терапии по А.Т. Beck (1976) и А. Ellis (1990) фокусируются на коррекции депрессогенных особенностей мышления у больных. Депрессивные негативные мысли, как правило, бывают автоматическими, т.е. возникают вне разума и логики и основаны на низкой самооценке, а не на реальности. Психотерапевт помогает больному распознавать негативные мысли и понимать, почему они ошибочны и нелогичны.

Разного рода поведенческие программы имеют целью активизацию больных, подкрепление социального успеха, обучение расслаблению и навыкам эмоциональной саморегуляции.

Целью многолетней психоаналитической терапии является не смягчение и устранение симптомов, а коррекция самооценки и притязаний, структуры личности в целом. При этом учитывается роль неразрешенных конфликтов раннего детства в формировании последующих депрессогенных реакций. Это расширяет возможности больного в общении и помогает осознать

заместительную природу депрессивных поведенческих эквивалентов, таких, как, например, злоупотребление психоактивными веществами. Больной приобретает способность испытывать нормально-психологическую грусть, расширяется спектр его эмоций.

Дисфория отличается от депрессии тем, что пониженное настроение здесь приобретает напряженно-злой оттенок. Дисфория кратковременна (часы, дни), внезапно начинается и заканчивается, обычно встречается у больных эпилепсией как своеобразный аффективный эквивалент судорожного припадка.

Дистимия — кратковременное, длящееся несколько часов, иногда дней, расстройство настроения типа унылости и недовольства с гневливостью или тревогой (Flemming K., 1814). Наблюдается при неврозах, эпилепсии, органических заболеваниях мозга.

В современном понимании дистимию характеризуют как хроническую непсихотическую депрессию («дурное настроение»). Длительность расстройства настроения не менее 2 лет (у детей и подростков — не менее 1 года), а «светлые» промежутки нормального настроения у больных обычно не превышают двух месяцев. Полагают, что дистимия является своеобразным вариантом периодической депрессии, так как последняя часто встречается у родственников больного, а иногда и у самого больного на фоне хронического субпсихотического расстройства настроения могут возникать тяжелые депрессивные эпизоды («двойная депрессия»).

Таким образом, термин «дистимия» в современной трактовке определяет врожденную склонность к плохому настроению, особенно если она проявляется в возрасте до 21 года. Полагают, что аналогичные хронические расстройства настроения могут возникнуть и в результате «недостаточности» психофармакотерапии антидепрессантами (короткие курсы и низкие дозировки лекарств) на начальных этапах «большого» депрессивного эпизода (Petriłowitsch N., 1970). Остаточная субдепрессия, в свою очередь, способствует интолерантности больного к житейским конфликтам и последующим характерологическим сдвигам. Однако с другой стороны, даже когда заболевание

изначально явно спровоцировано психосоциальными стрессовыми факторами (депрессивный невроз, невротическая депрессия), часто также имеет место аналогичная недостаточность эффективности одной психотерапии. В частности, в лечении невротической депрессии, которая отличается от типичного депрессивного невроза несоответствием клиники критериям реактивной триады К. Ясперса, как правило, также требуется сочетание психотерапии с антидепрессантами.

В любом случае, как при раннем, так и при позднем начале заболевания, а также возникновении болезни аутохтонно или в связи со стрессом эндрореактивные механизмы в патогенезе заболевания всегда присутствуют. Больные дистимией обычно тревожны, склонны к навязчивостям и выраженной «соматизации» состояния с обеспокоенностью состоянием здоровья. Постепенно, а иногда изначально на первый план выступают характерологические сдвиги — депрессивно-раздражительное настроение становится личностной особенностью больного. При этом заметная раздражительность, сочетающаяся с несоответствием субъективной оценки тяжести состояния объективным данным, часто обозначается врачами как «истерическая дисфория», хотя патогенетические механизмы этого феномена лишь отдаленно напоминают таковые при истинных истерических расстройствах.

**Гипертимия** — повышенное веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

Маниакальный синдром (мания) характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности. Охотно берутся за разные дела, но начатое легко бросают. При маниакальном аффекте также наблюдаются витальные его признаки: укорачивается сон, усиливаются влечения (особенно сексуальное), у женщин нарушается менструальный цикл. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о гипомании.

Маниакальные состояния, как и депрессии, могут быть атипичными, т.е. с неравномерной выраженностью составляющих их структуру компонентов. В некоторых случаях можно наблюдать у одного и того же больного одновременное присутствие признаков как депрессии, так и мании (своеобразный «взаимообмен» компонентами). Такие сложные по структуре состояния принято называть смешанными аффективными состояниями.

Клинические картины, обозначаемые сейчас аффективными расстройствами, известны с глубокой древности. Термины «меланхолия» и «мания» употреблялись еще Гиппократом. Современные представления об аффективных расстройствах восходят к Э. Крепелину (1896), выдвинувшему концепцию маниакально-депрессивного психоза (МДП). К. Леонгард (1957) предложил различать биполярную МДП, где представлены как маниакальные, так и депрессивные эпизоды. Легкую форму МДП часто обозначают термином циклотимия (Kahlbaum, 1882). Полагают, что заболеваемость циклотимией составляет около 1%, но эти данные скорее всего занижены, так как пациенты не всегда попадают в поле зрения психиатра и часто лечатся у врачей общего профиля. Полагают, что они составляют 3—10% от внебольничного контингента. Длительность фаз значительно меньше, чем при МДП (2-6 дней), смены состояний нерегулярны, пациенты болезненно воспринимают невозможность контролировать свой эмоциональный статус. В 5—10% случаев развивается наркотическая зависимость, в анамнезе частая смена мест жительства, вовлеченность в религиозные и оккультные субкультуры.

Эйфория — другая форма болезненно-повышенного настроения. Для нее характерно благодушие и беспечность, которые сочетаются с пассивностью («тихая радость»). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

Мория — эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонностью к плоским, грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов головного мозга на фоне слабоумия.

Экстаз — переживания восторга и необычайного счастья со своеобразным «погружением» в себя, в свой внутренний мир. При некоторых психических заболеваниях экстаз связан со зрительными галлюцинациями приятного содержания.

Экзальтация — приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

**Паратимия** — неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование противоположных аффектов — так называемая амбивалентность чувств. При этом одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами, т.е. больной одновременно и огорчается, и радуется. Склонность больного отвечать на внешние раздражители неадекватно или двойкой реакцией характерна для шизофрении.

Элементы амбивалентности бывают и у психически здоровых людей. Например, страдающие хирургическими заболеваниями в одно и то же время желают и не хотят операции.

Тяжело переживаются больными так называемые насильственные чувства, которые возникают без какого бы то ни было внешнего повода. Насильственными могут быть смех, слезы. Вернее, чувств как таковых в подобных случаях нет, есть лишь их внешнее проявление. Такие состояния возможны при поражении глубоких структур мозга при травмах или нарушениях кровообращения.

Как и все психические явления, воля — одна из форм отражения. Отражаемым объектом в волевом процессе является цель поведения и ее соотношение с выполняемым в каждый данный момент поведенческим этапом на пути к достижению этой цели. Воля — это психический процесс сознательного управления и регулирования своего поведения, обеспечивающий преодоление трудностей и препятствий на пути к поставленной цели.

Воля человека непременно проявляется в его внешних или внутренних (умственных, психических) действиях, т.е. в прилагаемом мускульном и нервном напряжении для достижения цели. Все волевые действия целенаправленны и

согласованы между собой. Чем больше препятствий и чем сильнее у человека желание достигнуть цели, тем больше мышечного и нервного напряжения требует волевое действие. Именно это напряжение человек и переживает как волевое усилие.

Низшие уровни воли, такие как произвольное движение или задержка импульсивного действия, выделяются уже у животных, однако развитая воля является специфически человеческой функцией. Она является социальным новообразованием психики, возникла и формируется в процессе трудовой деятельности человека. Подчеркивая ее социальную сущность и исключительное влияние на человеческое поведение, И.М. Сеченов (1947) писал: «Воля не есть какой-то безличный агент, распоряжающийся только движением, это деятельная сторона разума и морального чувства, управляющая движением во имя того или другого, и часто наперекор даже чувству самосохранения».

#### Этапы волевого акта

Волевой акт состоит из этапов, т.е. последовательных и спланированных действий. В любом волевом действии можно обнаружить мотивационный и интеллектуальный компоненты, а также выделить четыре этапа:

- 1) актуализация побуждения с осознанием цели (возникновение мотивов деятельности);
- 2) обсуждение и борьба мотивов;
- 3) решение о действии;
- 4) исполнение принятого решения.

Нередко 1, 2 и 3-й этапы объединяют, называя эту часть волевого действия подготовительным звеном, а 4-й этап при этом является звеном исполнительным

#### **Патология волевой и произвольной регуляции**

Нарушения волевой сферы могут возникнуть на любом этапе волевого акта — как на уровне подготовительного звена (мотивационный и интеллектуальный компоненты), так и на уровне реализации волевого усилия.

Нарушения волевой активности и произвольной регуляции наблюдаются при многих заболеваниях, но механизмы ее возникновения при разных заболеваниях бывают различными. При описании нарушений воли и произвольной регуляции обычно обращают внимание на поведенческие и двигательные характеристики, а также особенности проявлений витальных и других влечений человека.

**1) Нарушения на уровне мотивационного компонента волевого акта** — подразделяются на три основные группы: угнетение, усиление и извращение мотивов деятельности и влечений.

А) Угнетение мотивов деятельности и влечений

**Гипобулия** — снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности с регрессом мотивов, встречается не только в клинике психических заболеваний, но и при ряде хронических, истощающих соматических расстройств, интоксикациях. Крайняя выраженность этого состояния называется абулией, где имеет место полное отсутствие желаний, стремлений и побуждений к деятельности. При гипобулиях больные обычно малоподвижны, их движения вялые, с малой амплитудой. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу, но не из-за усталости, а в связи с отсутствием побуждений, желания продолжать свое занятие.

Гипофункция воли особенно часто встречается при длительном потреблении наркотиков, алкоголизме, истощающих хронических соматических заболеваниях. Очень характерно это расстройство для шизофрении, где оно обычно сочетается с аффективной тупостью. Такого рода больных можно заставить действовать, но когда внешнее побуждение прекращают, у них опять исчезают волевые импульсы.

**Влечения при гипобулиях.** Ослабление основных биологических влечений закономерно входит в структуру гипобулического синдрома. Изолированное ослабление биологических влечений может наблюдаться при органическом поражении подкорково-стволовых структур, а также при некоторых эндокринных расстройствах и психических заболеваниях.

Ослабление пищевого влечения (анорексия) проявляется в снижении аппетита, вплоть до его полного исчезновения. Встречается при синдроме Симмонд-са, синдроме Шихена, некоторых эндокринных заболеваниях. Нередко наблюдается при психических заболеваниях — психическая анорексия. Например, при острых психотических состояниях, депрессии, кататоническом состоянии. Алкогольная анорексия — исчезновение чувства голода в состоянии опьянения и абстиненции у больных алкоголизмом. В пубертатном возрасте, чаще у девочек, встречается нервная анорексия, где первоначально намеренное воздержание от еды позже влечет к угасанию чувства голода, отвращению к пище. Эмоциональная анорексия — избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов, имеющие причиной принудительное кормление в детстве.

Ослабление полового влечения (либидо) и сексуальных функций (импотенция и фригидность — устаревшие термины, так как сейчас выявлено множество причин возникновения этих состояний) также часто встречается при депрессиях, истощающих заболеваниях и после психических травм.

Ослабление инстинкта самосохранения выражается в торможении оборонительных реакций (исчезновение защитных двигательных реакций типа моргания, возникновения и удержания защитных поз, избегания опасности и т.п.), а также в суицидальных тенденциях, что также являются характерным признаком депрессивных состояний.

Б) Усиление мотивов деятельности и влечений

**Гипербулия** — патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов деятельности. Гипербулия обычно придает поведению больного неадекватный характер. Если она сочетается со сверхценными и паранойяльными идеями, то больные обнаруживают чрезмерную активность, настойчивость и упорство в отстаивании своих идей и убеждений. Препятствия, нежелание окружающих признать, разделить их убеждения и идеи (порой нелепые) только усиливают активность в их отстаивании. Чрезмерная активность и увеличение количества побуждений обнаруживается также при болезненно по-



вышенном настроении (маниакальные состояния) и опьянении. Весьма характерным при гипербулиях является пониженная утомляемость больных.

При гипербулиях можно заметить, что все волевые импульсы у некоторых больных могут иметь какую-то целевую установку, что проявляется своеобразным стремлением к деятельности, хотя сами отдельные действия могут быть и не совсем целесообразными (типично для маниакальных состояний). В других случаях, напротив, обнаруживается просто стремление к движениям, без целевой установки, больные при этом не знают, для чего и почему они производят разнообразные движения (типично для кататонического психомоторного возбуждения при шизофрении).

**Влечения при гипербулиях.** Болезненное усиление, расторможенность влечений иногда может иметь относительно изолированный характер, но чаще она встречается как составная часть гипербулического синдрома в структуре различных заболеваний.

Расторможенность пищевого влечения с усиленным аппетитом называется булимией, а при отсутствии повышенного аппетита обозначается термином полифагия (букв, прожорливость). Булимия как преходящее расстройство иногда встречается при неврозах, она более стойка при органических заболеваниях мозга с преимущественным поражением гипоталамуса. При синдроме Клейне—Левина булимия сочетается с приступами повышенной сонливости. Полифагия с поеданием несъедобного чаще всего наблюдается при врожденном и приобретенном слабоумии.

Усиление полового влечения у мужчин обозначают термином сатириаз, а у женщин — нимфомания. Патологическая гиперсексуальность характерна для маниакальных состояний и органических заболеваний мозга (поражение гипоталамических структур). Она может привести к сексуальным правонарушениям, особенно при алкогольном опьянении.

Болезненное усиление инстинкта самосохранения нередко выражается неадекватной агрессивностью или паническими реакциями также с возможностью разрушительных и насильственных действий.

В) Извращение влечений, побуждений и мотивов деятельности

**Парабулии** — качественные изменения воли с извращением как мотивационного, так и интеллектуального компонентов волевого акта.

**Качественные нарушения мотивационного компонента** волевого акта могут проявляться различными симптомами: болезненным влечением к бессмысленному воровству (клептомания), поджогами (пиромания), пьянством вне связи с алкогольной зависимостью (дипсомания), бродяжничеством (дромомания, или вагабондаж), побегами детей из дома (пориомания), убийством людей без ситуационно-психологической обусловленности (гомицидомания), самоубийством (суицидомания), бессмысленными покупками (опиомания), безмерной увлеченностью азартными играми (гемблинг), безмерным стремлением к безупречности (перфекционизм), произнесением бранных слов и нецензурных ругательств (копролалия), поеданием несъедобного, в частности экскрементов (копрофагия), удовлетворением полового влечения противоестественным способом (перверсия, парафилия) и др.

Извращение пищевого инстинкта (поедание несъедобных веществ) и инстинкта самосохранения (самоистязание) встречаются относительно редко. Напротив, извращения полового влечения (перверсия; парафилия) многообразны и встречаются часто, особенно при неврозах и психопатиях. Как правило, речь здесь идет о сложных формах личностного поведения, а не о изолированном сексуальном извращении. Нарушения при парафилиях касаются искажений направленности полового влечения по объекту или нарушений способа его удовлетворения (реализации).

Искажения направленности полового влечения по объекту: гомосексуализм — направленность полового влечения на одноименный пол (у мужчин — педерастия, или ура-низм; у женщин — лесбианство, или сапфизм, трибадия; при эго-синтоническом типе гомосексуализма человек доволен своей сексуальной ориентацией, эго-дистонические формы сопровождаются формированием внутриличностного конфликта из-за разнонаправленные™ внутренних желаний и внешних требований к проявлениям сексуальности), педофилия — влечение к

детям; эфебофилия — влечение к подросткам; герон-тофилия — к старикам и старухам; некрофилия — к трупам; зоофилия — к животным; фетишизм, или сексуальный символизм, — к неодушевленным предметам (в частности, к скульптурам — пигмалионизм, к обуви — ретифизм и др.); нарциссизм (аутоэротизм) — направленность сексуального влечения на себя, и многие другие.

Нарушения способа реализации полового влечения: садизм — унижение с причинением боли сексуальному партнеру; мазохизм — стремление к получению унижения и боли от сексуального партнера; эксгибиционизм — самообнажение с демонстрацией половых органов незнакомым лицам (кандаулезизм — разновидность эксгибиционизма, где сексуальное удовлетворение достигается демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши), визионизм — сексуальное возбуждение достигается путем подглядывания, созерцания за чужими половыми органами и сексуальными действиями посторонних.

К особым формам сексуальных расстройств относятся случаи нарушений половой идентификации. При транссексуализме основным проявлением является дискомфорт от принадлежности к своему полу, ощущение его неадекватности и постоянное стремление изменить пол. Собственные гениталии производят на них отталкивающее впечатление, что побуждает их требовать проведения соответствующей хирургической операции.

При трансвестизме с сохранением обеих половых ролей (вторичный транссексуализм) нет озабоченности вопросом анатомического изменения своего пола, но больные периодически стремятся к ношению одежды другого пола. Вне переодевания пациенты по внешнему виду соответствуют своему биологическому полу. Перепятое внешних признаков другого пола отражает здесь внутреннюю неудовлетворенность своим биологическим полом, а не стремление добиться сексуального возбуждения с генитальными реакциями, как это бывает при фетишистском трансвестизме.

Все указанные выше симптомы качественных нарушений мотивационного компонента волевого акта могут проявляться в трех основных формах:

1) Навязчивых влечений — побуждения появляются помимо воли больного, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранностью критики к ним. Волевой контроль относительно реализации навязчивых влечений сохранен, поэтому обычно они не реализуются в конкретных действиях и поступках. Больной воспринимает их как чуждые, нелепые и ненужные. Наблюдаются при невротических и психопатических состояниях.

2) Компульсивных влечений — побуждения возникают подобно витальным влечениям, как при голоде, жажде или половом влечении. Эти влечения связаны с изначальным возникновением психофизического дискомфорта, который быстро приобретает характер соответствующего ему доминирующего мотива деятельности. Все поступки человека направлены на его реализацию, после которой дискомфорт исчезает. Критическое отношение к влечению также имеется, но оно уже сочетается с практической невозможностью торможения и борьбы с ним. В качестве примера можно привести компульсивное влечение к наркотическому веществу у наркоманов.

3) Импульсивных влечений — болезненные побуждения возникают остро, безмотивно и напоминают эквиваленты эпилептических пароксизмов. Стремление к реализации влечения неотступное, а на высоте состояния возникает даже своеобразное сужение сознания с последующей фрагментарностью воспоминаний о совершенном. После реализации влечения обычно наступает состояние психического истощения, расслабление и успокоение с удовлетворением. Встречаются обычно при кататонических синдромах (при шизофрении) и сумеречных состояниях сознания (органические заболевания мозга, эпилепсия).

**Качественные нарушения интеллектуального компонента волевого акта** чаще всего встречаются на этапе борьбы мотивов и проявляются симптомом амби-тендентности. При этом в сознании больного сосуществуют одновременно

два противоположных мотива и две цели деятельности. Амбигуэнтность как болезненный симптом наиболее часто встречается при кататонической форме шизофрении, а в менее ярких проявлениях типична при различных невротических состояниях.

К нарушениям целенаправленности деятельности (интеллектуальный компонент волевого акта) можно отнести и все случаи реализации в конкретных действиях навязчивых, компульсивных и импульсивных влечений.

Навязчивые действия напоминают защитные ритуалы и чаще встречаются при невротических расстройствах. Обычно совершаются только те навязчивые действия, которые не угрожают жизни самому больному и окружающим, а также не противоречат его морально-этическим установкам: мытье рук, счет предметов (арифмомания), обгрызание ногтей (онихофагия), выщипывание бровей и волос на голове (трихотилломания) и др.

Компульсивные действия — реализованные компульсивные влечения. В большинстве случаев импульсивные влечения монотематичны и проявляются своеобразными повторяющимися неодолимыми пароксизмами поведенческих нарушений. Довольно часто они стереотипно повторяются, приобретая характер своеобразной болезненной одержимости («мономания») поджигательством, бессмысленным воровством, игрой в азартные игры и т.п. Компульсии встречаются при широком круге заболеваний: эпилепсии, циклотимии и др.

Импульсивные действия проявляются в нелепых действиях и поступках, которые продолжаются секунды или минуты, совершаются больными без обдумывания и неожиданны для окружающих. Мотивы данных поведенческих реакций слабо осознаются и непонятны даже самому больному. Они возникают неадекватно обстановке и отличаются резкостью, ловкостью и грубостью исполнения как по отношению к себе, так и к окружающим. Например, внешне спокойный больной шизофренией может без видимой причины неожиданно выпрыгнуть в окно, совершить акт агрессии или нанести самоповреждение.

От вышеописанных следует отличать насильственные действия, т.е. движения и поступки, которые возникают помимо воли и желания. К ним

относятся насильственный плач и смех, гримасы, покашливания, чмокания, сплевывание, потирание рук и др. Насильственные действия, как и тики, чаще всего встречаются при органических заболеваниях мозга.

## **2) Патология на уровне реализации волевого усилия**

Нарушение исполнительного звена при волевом акте проявляется в форме угнетения, усиления и извращения двигательной активности и поведения больного.

### **А. Угнетение двигательных функций**

**Гипокинезия** — двигательное торможение, замедление темпа произвольных движений, которое в ряде случаев выдвигается на первый план при гипобулиях. Практически полная обездвиженность (акинезия) является главным признаком ступорозных состояний, которые возникают при различных психических заболеваниях.

Наиболее частыми разновидностями ступорозных состояний в психиатрической клинике являются кататонический, апатический, депрессивный и психогенный ступор.

**Кататонический ступор.** При кататонической форме шизофрении часто наступает полная или частичная задержка прохождения волевых импульсов в двигательную сферу, причем движение вызывает как бы антагонистические, тормозящие противоимпульсы, и когда их действие исчезает, волевые проявления могут, в отличие от заторможенности, тут же беспрепятственно обнаружиться. При кататоническом ступоре полная или частичная обездвиженность больного (гипокинезия) часто сочетается с паракинезией\ невыполнением инструкций (пассивный негативизм), действиями, противоположными инструкции (активный негативизм), отсутствием ответов на вопросы (мутизм), сохранением приданной позы (восковая гибкость, каталепсия), длительным удерживанием головы над подушкой (симптом «воздушной подушки») и др.

Апатический ступор наблюдается чаще при органических заболеваниях мозга (особенно при поражении лобных долей), при некоторых формах

шизофрении. Многие считают апатический ступор следствием эмоциональной тупости. Больные полностью безразличны к окружающему, даже угрожающая жизни обстановка не выводит их из состояния глубокой пассивности. Депрессивный ступор. При депрессивном ступоре настроение больного резко снижено, и ему приходится преодолевать внутреннее сопротивление для того, чтобы заставить себя что-либо делать, в силу чего наблюдается выраженная заторможенность в двигательной сфере.

Психогенный ступор возникает при сильных внезапных психотравмах (авариях, стихийных бедствиях, катастрофах) и сопровождается глубокой общей заторможенностью, оцепенением, эмоциональным приглушением, замедлением интеллектуальных процессов. Застывшее выражение лица фиксирует аффективное реагирование, которым было отмечено начало психогении — страх, ужас, растерянность.

**Гипомимия** — уменьшение интенсивности и экспрессивности произвольных мимических реакций или полное их отсутствие (амимия).

**Мутизм** — отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности речевого аппарата и понимания речи.

#### Б. Усиление двигательных функций

**Гиперкинезия** — усиление двигательной активности, которое может сопровождаться преимущественным стремлением к деятельности или движениям, которые часто перерастают в состояние психомоторного возбуждения. Последнее при разных заболеваниях имеет свои характерные особенности. Наиболее часто в клинике встречается психомоторное возбуждение при аффективных психозах, шизофрении и реактивных состояниях.

Маниакальное возбуждение протекает с чрезмерной активностью в плане усиления стремления к деятельности. Все начатые дела до конца не доводятся, так как больные очень отвлекаемы, многоречивы, мышление ускорено, а настроение эйфоричное.

Меланхолическое возбуждение (ажитация) возникает при тревожной депрессии — проявляется нецеленаправленной и непродуктивной суетливостью.

Больные при этом испытывают душевные муки, мечутся, стонут, взывают о помощи, могут неожиданно совершить самоубийство.

Кататоническое возбуждение протекает с чрезмерной активностью в плане стремления к движениям. Оно практически представляет собой набор однообразных, стереотипных движений — изгибания тела, «плавающие движения», размахивания конечностями. Эти движения бессмысленны и хаотичны, но при внешних попытках их прекратить больные активно сопротивляются (негативизм).

Гебефреническое возбуждение отличается от кататонического обилием нелепых поз, скачков, прыжков, ужимок и хохота. Речевые обороты и интонации речи вычурны, высказывания нелепы, больные плоско шутят.

Психогенное возбуждение развивается после внезапных и сильных психотравм (катастрофы, аварии и т.п.). Охваченный страхом человек бежит не разбирая дороги, часто при этом даже навстречу опасности, так как не осмысляет ситуацию.

**В. Паракинезии** — извращение двигательной активности

Парабулические двигательно-поведенческие нарушения (паракинезии) чаще всего встречаются в структуре кататонического синдрома при шизофрении. К ним относятся симптомы негативизма, эхολалии и эхопраксии, а также специфические поведенческие нарушения в виде стереотипии и манерности.

**Негативизм** — немотивированное отрицательное отношение больного, проявляющееся отказом, сопротивлением и даже противодействием всякому воздействию извне.

**Эхопраксия** — нелепое, часто «зеркальное» повторение мимики, жестов и поз окружающих.



**Эхолалия** — нелепое, «зеркальное» повторение слышимых больным фраз и слов.

**Стереотипии** характеризуются однообразным и бессмысленным (длящимся часы, дни, недели и месяцы) повторением одних и тех же действий: стремление принимать одно и то же положение тела (стереотипия позы), находиться в одном и том же месте помещения (стереотипия места) и др. Стереотипное повторение одних и тех же слов или оборотов речи называют вербигерацией.

От стереотипии следует отличать особые психопатологические нарушения — автоматизмы. Автоматизмы характеризуются самопроизвольным и неконтролируемым осуществлением ряда функций без связи с побудительными импульсами извне. При амбулаторном автоматизме, как варианте сумеречного состояния сознания у больных эпилепсией, больной может совершать внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после окончания припадка не помнит. Сходные действия бывают при сомнамбулическом автоматизме.

Более сложные автоматизмы возникают при синдроме психического автоматизма Кандинского—Клерамбо, который характерен для шизофрении. Проявляется он тремя видами автоматизмов:

- 1) ассоциативным, при котором человек ощущает, что его мышление и речь управляются помимо его воли извне;
- 2) сенестопатическим, при котором ощущения в теле расцениваются как чуждые, навязанные и кем-то «сделанные»;
- 3) кинестетическим, при котором утрачивается ощущение контролируемости и подчиненности воле собственных движений и действий.

**Манерность** (вычурность) проявляется в искусственности поведения, утрированности манер, жестов, мимики, произношения. Необычные манеры больного лишены смысла, нелепы и бесполезны.

Шизофреническая манерность стереотипна, эмоционально тускла, сочетается с вычурностью и витиеватостью высказываний. В отличие от нее, истери-

ческая манерность отличается утрированной театральностью, излишним аффектом и всегда содержит элемент «игры для публики».

Из специальных расстройств волевых функций большое значение имеет пассивная подчиняемость чужому влиянию — внушаемость. Различают повышенную и пониженную внушаемость. Повышенная внушаемость чаще встречается у детей и женщин. К повышению внушаемости предрасполагает утомление, опьянение. Полагают, что многие симптомы расстройств воли (каталепсия, восковая гибкость, автоматическая подчиняемость, эхопраксия и эхोलалия) связаны с повышенной внушаемостью больных. Напротив, симптомы негативизма и мутизма являются проявлениями понижения внушаемости («отрицательная внушаемость»).

Следует обратить внимание на то, что автоматическая подчиняемость и негативизм часто «уживаются» рядом. У больных с кататоническим ступором иногда можно видеть, что на одной руке имеется симптом восковой гибкости, а на другой — негативизм. Больные истерией могут при гипнотическом сеансе оказаться резко внушаемы, но дома обнаруживать упрямство и негативизм.

## **Тема 8 Нарушение памяти**

Память — это психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающими возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. В настоящее время нет единой и законченной теории памяти. Большое разнообразие гипотетических концепций и моделей памяти обусловлено разработкой этих проблем представителями различных наук.

Психологические теории памяти. Среди них самое большое распространение получила ассоциативная теория памяти. Ассоциативная теория памяти возникла еще в XVII в. и активно разрабатывалась в XVIII—XIX вв. В ассоциативном направлении в психологии принцип ассоциации признается обяза-

тельным не только для механизмов памяти, но и для всей психики. При любых психических образованиях (мыслях, чувствах, восприятиях), возникших в сознании одновременно или непосредственно друг за другом, возникает и ассоциативная связь между ними (Эббингауз Г., 1885). Повторное появление любого из элементов этой связи обязательно вызывает в сознании представление всех элементов ассоциации.

Наиболее решительная критика ассоциативной теории памяти велась с позиций гештальтпсихологии (конец XIX в.). Ее основной принцип заключается в том, что анализ отдельных элементов ассоциации не может привести к пониманию целого, поскольку целое определяется не суммой, а взаимозависимостью отдельных его частей. Отдельно взятая часть — только часть и никакого представления о целом не дает. В самом деле, хотя мелодия исполненная в разных тональностях и вызывает перцептивно различные ощущения, но она узнается и вспоминается как одна и та же. Здесь важны не высота нот, а их сочетание, целостный звуковой ряд. Для гештальт-теории памяти исходным понятием и объяснительным принципом функционирования памяти является не ассоциация первичных элементов, а их изначальная, целостная организация — гештальт. Именно законы формирования гештальта и определяют память.

Основное понятие гештальтпсихологии — понятие гештальта (от нем. Gestalt — образ), что означает изначально целостную структуру. Психической деятельности свойственно стремление к целостности, завершенности. В соответствии с этим в качестве основы образования связей здесь признается организация материала, которая определяет и аналогичную структуру следов памяти в мозге по принципу изоморфизма, т.е. подобия по форме. В гештальтпсихологии принцип целостности выступает как изначально данный, и законы гештальта (как и законы ассоциаций) действуют вне и помимо воли и сознания самого человека.

Нейронная теория памяти связана с именем канадского психолога Д. Хебба. В 40-е годы он ввел понятия кратковременной и долговременной памяти и предложил теорию, объясняющую их нейрофизиологическую основу. По Хеббу,

кратковременная память — это процесс, обусловленный повторным возбуждением импульсной активности в замкнутых цепях нейронов, но без структурных, морфологических изменений. Долговременная память, напротив, базируется на структурных изменениях, возникающих в результате модификации межклеточных контактов — синапсов. Современные подходы к изучению физиологических механизмов памяти в значительной степени связаны с дальнейшим развитием идей Д. Хебба.

Все характеристики образующихся временных нервных связей, и прежде всего степень прочности, обуславливаются характером подкрепления, которое и является мерой жизненной (биологической) целесообразности того или иного действия. Таким образом вырабатывается новое понятие, происходит научение и реализуются акты творчества.

Биохимические теории памяти предполагают образование новых белковых веществ, «молекул памяти» (нейропептидов и др.) при долговременном запоминании.

Наиболее волнующими экспериментами в последние годы стали попытки перенести память от одного животного к другому («пересадка» памяти). Если «обучить» планарию (плоский червь) тому, что свет всегда предшествует току, а затем умертвить ее и скормить другой планарии, то оказывается, что приобретенный первой планарией опыт частично передается второму червю (Мак-Коннел Д., 1962). Планария сравнительно примитивный организм и она может обладать особыми механизмами научения, которые не имеют никакого значения для понимания памяти у высших организмов. Однако имеются данные об успешности подобного опыта на мышах и крысах — был осуществлен «перенос памяти» о выработанных условных рефлексах от одной особи к другой с помощью инъекций гомогената мозга предварительно обученного животного-донора. Так, из экстракта мозга крыс, обученных избегать темноту (его введение вызывало у необученных крыс также избегание темноты), был выделен пептид, состоящий из 15 аминокислот. Он получил название ското-фобин (вызывающий боязнь темноты), был синтезирован и проявил такое же действие, как и

естественный. У животных, оказавшихся в темноте, он вызывал реакцию стресса. Однако концепция переноса памяти не является общепризнанной. Многие ученые скептически относятся к этим экспериментам, однако это означает, что следы памяти кодируются в химических веществах и эти вещества могут перемещаться от одного животного к другому, даже от крыс к мышам.

### Нарушения памяти

С раннего детского возраста способности запоминания постепенно совершенствуются (вначале образная, а затем символическая память), достигая своего оптимального развития к 20—25 годам. На этом уровне память сохраняется до 40—45 лет, после чего постепенно ухудшается, особенно механическое запоминание нового материала. В пожилом и старческом возрасте заметно страдает запоминание нового и текущих событий, но хорошо сохраняется способность воспроизведения впечатлений детства — закон обратного хода памяти Рибо. Мнестические функции колеблются в определенных пределах и под влиянием различных факторов повседневной жизни — утомления, недосыпания, эмоций.

При заболеваниях, особенно в случае поражения центральной нервной системы, можно встретиться с различными нарушениями памяти. Расстройства памяти могут касаться как всех ее компонентов, так и ее динамики. В последнем случае оказывается, что больные то подробно, в деталях воспроизводят содержание сложного рассказа, басни, то вдруг не в состоянии передать совсем простой сюжет (мнемоническая деятельность носит прерывистый характер). В самом общем виде среди нарушений памяти можно выделить три основные группы: гипермнезии, гипомнезии и парамнезии.

Гипермнезия (усиление, обострение памяти) проявляется усилением воспоминаний о прошлой жизни или улучшением запоминания текущих событий. При заболеваниях гипермнезия чаще встречается в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, возбуждении на фоне патологического повышения настроения (мании) и отличается фрагментарностью и неустойчивостью. Лишь при гипоманиакальных состояниях (легкая форма мании) усиление воспоминаний и запоминания более устойчиво. Гипермнезия встречается иногда и при

умственной отсталости; так, один имбецил помнил даты погребений всех умерших в течение 35 лет в деревне, где он жил (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1928).

Гипомнезия, или дисмнезия, — ослабление мнестических функций, вплоть до полной их утраты. Может быть общей (касается запоминания и воспроизведения) и частичной (не может что-то вспомнить в данный момент или нарушено только запоминание). Полная утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания называется амнезией.

Если амнезия связана с преимущественным нарушением способностей к запоминанию, то ее называют фиксационной амнезией. В связи с этим слабеет или утрачивается память о текущих, недавних событиях, но сохраняется способность полного воспроизведения приобретенного ранее опыта. Такие расстройства памяти весьма характерны для корсаковского синдрома, который описан С.С. Корсаковым при выраженных алкогольных интоксикациях. Разновидностью фиксационной амнезии является перфорационная амнезия, когда не фиксируются только какие-то части информации. В частности, при палимпсестах возникает утрата способности запечатлевать и соответственно потом воспроизводить некоторые детали, эпизоды и подробности, относящиеся к периоду интоксикации (например, при алкогольном опьянении).

Амнезия может быть связана с затруднениями в воспроизведении и припоминании отдельных событий или всех событий какого-то прошлого отрезка времени — частичная (лакунарная) или полная репродукционная амнезия. Особенно резко явление забывания некоторых событий жизни проявляется при аффектогенных (кататимных) амнезиях, когда больной амнезирует определенное и очень тяжелое переживание. Они возникают по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально неприятных и неприемлемых личностью впечатлений и событий, а также всех событий (даже индифферентных), совпавших во времени с сильным потрясением.

При истерических амнезиях, в отличие от аффектогенных, воспоминание об обстановке, индифферентных событиях, совпавших с амнезируемыми во времени,

сохраняется. Своеобразный вариант истерической амнезии — фантастическая псевдология, где вытесняются из памяти не удовлетворяющие больного факты его биографии или социального положения. С этим сочетается склонность к переоценке собственной личности, эгоизм и эгоцентризм. Пробелы памяти у таких больных нередко замещаются вымышленными событиями — истерическими фантазиями. Они занимательны по фабуле, интригующи и подчеркивают значимость личности больного. В отличие от патологической лживости больные убеждены в их истинности.

К прогрессирующей амнезии относят те ее варианты, где резко утрачивается способность к запоминанию и неуклонно нарастает опустошение памяти по закону Рибо—Джексона. Ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. Вначале у больного появляется забывчивость, фиксационная гипомнезия, степень выраженности которой постепенно нарастает. Затем процесс начинает распространяться на память о прошлом, захватывая вначале близкий период, а потом все более и более отдаленные. В первую очередь нарушается «память времени» при сохранении «памяти содержания». При этом больные помнят отдельные события и факты своей жизни, но затрудняются локализовать их во времени и последовательности. В последующем тускнеет и «память содержания, фактов», но еще длительно сохраняется «память эмоциональных и морально-этических реакций». В самую последнюю очередь при прогрессирующей амнезии исчезает «память простейших навыков» — праксис, что сопровождается формированием апраксии.

При ретардированной (запаздывающей) амнезии события забываются не сразу, а спустя лишь некоторое время после болезненного состояния. Вначале больной может рассказать окружающим о бывших у него болезненных переживаниях, но через короткое время он их полностью забывает. При некоторых очаговых органических поражениях головного мозга наблюдается амнестическая афазия, заключающаяся только в забывании больным названий показываемых предметов.

В клинике отдельно выделяют ретроградную и антероградную амнезии. При первой из них больные преимущественно забывают события периода, предшествовавшего потере или помрачению сознания. При второй — отсутствуют воспоминания на какой-то период после выхода из состояния помраченного сознания. Если выпадение воспоминаний ограничивается только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания), то такую амнезию называют конградной амнезией. При сочетании всех представленных вариантов амнезию называют антероретроградной.

Парамнезия — извращение, обманы памяти (ложные воспоминания), возникающие в результате нарушения распределения припоминаемых событий во времени и пространстве, искажения ранее пережитых событий, заполнения пробелов памяти домыслами и фантазиями, отчуждения воспоминаемых переживаний от собственного жизненного опыта и др.

Наиболее часто из парамнезий встречаются псевдореминисценции («иллюзии памяти», ошибочные воспоминания), при которых имеющиеся пробелы памяти больной как бы заполняет событиями более отдаленного прошлого. Например, больной утверждает, что он только что вернулся с прогулки, хотя он даже не выходил из палаты. Псевдореминисценции обычно стабильны по содержанию, повторно рассказываются больными, имеют обыденное содержание. Их разновидностью являются экмнезии — сдвиг ситуации в прошлое («жизнь в прошлом»), когда такому переносу из прошлого подвергаются не отдельные события и факты, а целые значительные периоды жизни больного.

При эхомнезиях (редублицирующая парамнезия Пика) обман памяти заключается в том, что какое-либо событие в воспоминаниях предстает удвоенным, утроенным. Текущие события проецируются одновременно и в настоящее (адекватно), и в прошлое. Больной при этом убежден, что это событие у него уже было ранее. От псевдореминисценций они отличаются тем, что не носят замещающего характера при провалах памяти, а от симптома «уже виденного» тем, что настоящее событие переживается не полностью идентичным,



а лишь только сходным с прошлым. Эхомнезии могут указывать на поражение теменно-височных областей мозга.

При галлюцинаторных воспоминаниях Кальбаума какое-либо галлюцинаторное переживание фиксируется памятью как реальное событие и проецируется в прошлое, где в реальности его вовсе не было. При псевдогаллюцинаторных псевдовоспоминаниях Кандинского созданный воображением факт тут же становится содержанием слуховой или зрительной галлюцинации, а в памяти он становится воспоминанием как о реальном событии, якобы бывшем в прошлой жизни больного. Подобные расстройства памяти иногда встречаются в структуре галлюцинаторно-параноидных психозов.

В ряде случаев содержание ложного воспоминания носит фантастический характер, и больные описывают события, которых явно в их жизни не было. Такие парамнезии называются конфабуляциями («галлюцинации памяти», «вымыслы памяти», «бред воображения»). Они обычно носят яркий, образный характер с патологической убежденностью в их истинности.

Псевдореминисценции и конфабуляции наиболее характерны для заболеваний, где теряется способность к запоминанию, — корсаковский психоз, старческое слабоумие, прогрессивный паралич.

Воспроизведение какого-либо события без его узнавания называется криптамнезией и может лежать в основе неосознаваемого плагиата, когда какой-нибудь определенный факт (открытие или техническое изобретение), кем-то установленный ранее, больной присваивает себе. Возможно и обратное — отчуждение фактов собственной жизни, которые не узнаются как свои. При этом реальное событие из жизни больного воспринимается им как имевшее место не с ним, а с кем-то другим, и об этом он от кого-то слышал, прочитал или видел в кино. Криптомнезии встречаются при некоторых органических заболеваниях мозга, особенно при поражении теменно-височных его отделов.

По данным нейропсихологических исследований, мозговая организация мнестических процессов подчиняется тем же законам, что и другие формы познавательной деятельности, — различные формы и звенья мнестической

деятельности имеют различные мозговые механизмы (Хомская Е.Д., 1987). Были выделены два основных типа нарушений памяти (модально-неспецифические и модально-специфические нарушения), а также особый тип нарушений, обозначенный как псевдоамнезия (нарушения произвольности мнестической деятельности).

### **Тема 9 Патология мышления**

Мышление — наиболее обобщенная и опосредованная форма психического отражения, устанавливающая связь и отношение между познаваемыми объектами с помощью особых умственных операций — анализа, синтеза, сравнения, абстракции, обобщения, конкретизации и систематизации.

Генетическая классификация мышления включает три его вида: практическое, образное и отвлеченное. Практическое и образное мышление опираются на чувственные впечатления от предметов действительности или их вторичные образы (представления). Только отвлеченное мышление протекает в языковых формах, где умственные операции совершаются с понятиями, суждениями и умозаключениями. Умозаключение, как наиболее сложная форма и продукт мышления, формируется в рассуждении методами дедукции, индукции или аналогии.

Логически-ассоциативный тип мышления при концентрированной интеллектуальной деятельности отличается причинно-следственной целенаправленностью, в то время как для механически-ассоциативного типа мышления, встречающегося при утомлении, формирование ассоциаций идет более по законам смежности, сходства или контраста.

Сильные эмоции также могут исказить мышление и приводить к паралогизмам. Мышление, которое заметно зависит от эмоционально-мотивационной сферы личности, обычно обозначается как кататимное, паралогическое или аутистическое. Полагают, что в его формировании большую роль играют правополушарные мозговые факторы. Кататимия бывает у здоровых и характерна

для больных невротами, а терминами «аутизм» и «паралогия» чаще обозначают специфические нарушения мышления у больных шизофренией.

Решение проблемных ситуаций осуществляется специальными приемами, или стратегиями, мышления: случайным, рациональным (конвергентное мышление) или систематическим (дивергентное мышление) перебором возможных вариантов. Известно, что решение сложных проблем проходит в мышлении четыре этапа: подготовки, инкубации, инсайта и проработки.

Правильное, логическое мышление должно удовлетворять требованиям определенности, последовательности и доказательности. Это достигается навыком правильного использования четырех законов формальной логики: тождества, непротиворечия, исключения третьего и достаточного основания. Логическая аргументация и коррекция неправильностей мышления являются существенной составной частью рациональной психотерапии.

В патопсихологии распространение получила классификация расстройств мышления, предложенная Б.В. Зейгарник. Она выделяет три вида нарушений мышления: операциональные, личностно-мотивационные и нарушения динамики мыслительной деятельности. При деменциях и олигофрениях характерно снижение уровня процессов операции обобщения. Для больных шизофренией типично искажение процессов операции обобщения, а также личностно-мотивационные сдвиги целенаправленности мышления в виде актуализации латентных свойств понятий, разноплановости и разорванности мышления. Динамические нарушения мыслительной деятельности в виде инертности или вязкости мышления бывают при различных психических заболеваниях.

В психиатрии расстройства мышления принято подразделять на количественные (патология ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений). Ассоциативные расстройства подразделяются на три группы: нарушения темпа образования ассоциаций (ускорение или замедление мышления), нарушения подвижности ассоциативных переключений (детализация, обстоятельность и вязкость мышления), нарушения целенаправленности ассоциативного процесса (резонерство, разорванность, парало-

гичность и символизм). Качественные расстройства мышления заключаются в появлении у больного бредовых, сверхценных, навязчивых или доминирующих идей.

### **Классификация нарушений мышления в патопсихологии**

На основании экспериментально-психологических исследований мышления обычно можно выделить три основных вида нарушений мышления (Зейгарник Б.В., 1962): нарушения операциональной стороны мышления; нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления; нарушения динамики мыслительной деятельности. Возможны также различные сочетания этих нарушений.

1. Нарушения операциональной стороны мышления заключаются в том, что у больных нарушается и теряется возможность пользоваться основными операциями мышления. Обычно это относится к операциям обобщения и отвлечения (абстрагирования). Обобщение как психический процесс является формой отражения общих признаков и свойств предметов и явлений в сознании человека. Простейшее обобщение заключается в объединении, группировании объектов на основе случайного признака. Более высокие его уровни требуют отвлечения от конкретных деталей и объединения объектов не по случайным признакам, а по определенным, общим основаниям. Наиболее сложно такое обобщение, где выделяются видовые и родовые признаки, а сам объект включается в систему понятий. Нарушения операциональной стороны мышления обычно сводятся к двум его крайним вариантам: снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения.

а. Снижение уровня обобщения — в суждениях больных доминируют конкретные, непосредственные представления о предметах и явлениях, а более высокие уровни обобщения, где требуется абстрагирование, больному труднодоступны. Наиболее типичны такого рода нарушения для больных со слабоумием. При ярко выраженном снижении уровня обобщения они совсем не справляются с задачей на классификацию, т.е. не могут объединить по общим признакам разные предметы или создают много мелких групп на основании чрезвычайно

конкретной предметной связи между ними (например — ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка). Все проявления мышления неизбежно сводятся к суждениям и умозаключениям, по которым мы судим и об интеллекте человека. Интеллект представляет собой совокупность психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность человека. Для оценки интеллекта в норме и патологии принята схема, которая включает: предпосылки интеллекта (память, внимание, темп функционирования психики и др.), собственно интеллект (ум, или способность к логическому мышлению) и «психический инвентарь» (совокупность знаний, приобретенных в процессе индивидуального опыта). Слабость собственно интеллекта даже в тех случаях, когда она выражена не так резко, проявляется в том, что мышление конкретно-образное выступает на первый план, а отвлеченное (понятийно-абстрактное) мышление становится малодоступным для больного. Кроме снижения уровня обобщения, при слабости интеллекта очень характерно обеднение речи, т.е. уменьшение словарного запаса.

б. Искажение процесса обобщения — является как бы противоположностью снижения уровня обобщения, так как существенные свойства предметов, явлений и существующие связи между ними вовсе не принимаются больными во внимание при операции обобщения. При этом нельзя сказать, что больной не может их выделить путем абстрагирования, напротив, — в основу обобщения им берутся чрезвычайно общие признаки и связи, но они носят совершенно случайный, ненаправленный и неадекватный характер. Речь идет именно об «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. При решении экспериментальных заданий актуализируются случайные ассоциации, совершенно оторванные от конкретного опыта больного. Например, при классификации больной объединяет вилку, стол и лопату в одну группу по признаку «твердости», а гриб, лошадь и карандаш объединяет в группу по признаку «связи органического с неорганическим». Подобного рода результаты выполнения задания Б.В. Зейгарник (1986) и обозначает как выхолощенные, вычурные и бессодержательные. Все это создает основу для бесплодного мудрствования — резонерства. Описывая такие нарушения мышления у больных, Ф.В. Бассин

употребляет для их обозначения образное выражение «смысловой опухоли». Наиболее характерны нарушения мышления по типу искажения процесса обобщения для больных шизофренией.

Шизофрения — ежегодно диагностируется примерно 1 новый случай заболевания на 1000 чел. Этот показатель устойчив во всем мире, поскольку заболеваемость не зависит от национальности или расы. Средний возраст начала болезни составляет 15-35 лет. Крайне редко болезнь начинается в возрасте ранее 10 и позже 50 лет. Этиология болезни неизвестна, хотя генетический фактор безусловно участвует в формировании уязвимости.

Отдельные симптомы болезни описывались уже давно — немецкий психиатр К. Кальбаум (1828—1899) описал симптомы кататонии, другой немецкий психиатр Э. Геккер (1843—1909) ввел понятие гебефрении, французский психиатр Б. Морель (1809— 1873) впервые использовал термин «раннее слабоумие» (*dementia praecox*), описывая катастрофическое течение болезни, начавшейся в молодом возрасте. Однако появлением шизофрении как нозологической единицы психиатрия обязана немецкому психиатру Э. Крепелину (1856-1926). Швейцарский психиатр Э. Блейлер (1857-1939) указал на фундаментальные расстройства при этом заболевании и нашел глубинно-психологический подход к такого рода психическим нарушениям, которые до того расценивались как непостижимые. В его работах показано, что шизофрения характеризуется расщеплением (диссоциацией) психических процессов со своеобразной утратой цельности, функциональной взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением больного (отличать от «расстройства множественной личности», которое к шизофрении не относится).

2. Нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления проявляются в нарушениях регулирующей, мотивационной функции мышления, а также его критичности с феноменами актуализации латентных свойств понятий, «разноплановости» и «разорванности» мышления.

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности, оно всегда определяется целью, т.е. поставленной задачей. Утеря целенаправ-

ленности приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и утрате мышлением регулирующих поведение функций, поскольку не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений и чувств человека, его личности в целом. Нарушения мышления могут возникать и потому, что выпадает постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Подобный вид нарушения мышления обычно характеризуют как нарушение критичности мышления.

Для личности значимым и существенным всегда является то, что приобрело для нее личностный смысл. Явление, предмет или событие могут в разных жизненных ситуациях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются прежними. Конечно, сильные эмоции могут и у здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства начнут выступать для него в каком-то измененном значении. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она ни была значима для человека, объекты понимаются однозначно — посуда всегда понимается как посуда, а мебель — как мебель. При всех индивидуальных различиях (разнице в образовании, разнообразии мотивов и интересов) здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не подходит к столовой ложке как к «движущемуся объекту». Признаки предметов, на основании которых проводится классификация, для здорового человека носят устойчивый характер.

Эта устойчивость объективного значения вещей часто нарушается у больных шизофренией, что в экспериментальной ситуации приводит к актуализации латентных, т.е. скрытых, понятных и интересных лишь самому больному, признаков и свойств предметов. Эти «латентные» знания основаны на каких-то личных вкусах и предпочтениях и приобрели смысл для него лишь благодаря болезненно измененным мотивам и установкам (Зейгарник Б.В., 1986) или актуализированы из памяти на основании прошлого жизненного опыта (Поляков Ю.Ф., 1969). Например, больной в одну группу объединяет солнце, свечу и керосиновую лампу и исключает электролампу. При этом он говорит, что «электролампа слишком пахнет цивилизацией, которая убила все, что оставалось в человеке хорошего...» (цит. по: Блейхер В.М., 1976). В другом случае больная,

правильно выполняя многие экспериментальные задания, вдруг в опыте на «исключение лишнего» при предъявлении карточек с изображением очков, весов, термометра и часов предлагает группу «медицинских» предметов: «Врач через очки смотрит по часам пульс и определяет температуру тела термометром». Подобное нарушение мышления также базируется на использовании больным не основных, а латентных признаков для классификации предметов и явлений.

Такого рода единичные отклонения от правильного выполнения методики классификации составляют сущность нарушений мышления по типу соскальзывания. Здесь больной, правильно решая задание в целом, вдруг неожиданно сбивается с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, затем вновь способен продолжать рассуждения последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее. Соскальзывания в мышлении обычно обнаруживаются у больных с начальными формами шизофрении.

Особенно ярко нарушения личностно-мотивационного компонента мышления проявляются в разноплановости мышления. Здесь больные также не выдерживают единой линии рассуждения при рассмотрении какого-нибудь явления, а подходят к нему с разных позиций. Суждения о каком-либо явлении при этом протекают у больного как бы в разных плоскостях. Он правильно усваивает инструкцию, и актуализируемые им явления и значения предметов могут быть вполне адекватными, но вместе с тем больной не выполняет задания в требуемом направлении. Он объединяет предметы в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании своих личных вкусов и установок. В этих случаях также происходит актуализация «латентных» свойств объектов, существующих наряду с адекватными реакциями. По выражению Г.В. Биренбаум (1934), мышление у таких больных «течет как бы по различным руслам одновременно». Например, больной объединяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, мебель), то на основании частного признака — материала (железные, стеклянные), цвета (красные, синие), то на основании своих моральных или общетеоретических представлений — группа «выметающих все плохое из жизни», группа, «свидетельствующая о силе



ума человека». Таким образом в течение выполнения методики классификации появляется несколько таких неадекватных групп выполнения задания.

Актуализация латентных свойств понятий, разноплановость мышления и резонерство (склонность к бесплодному мудрствованию) находят свое выражение в речи, которая приобретает у ряда больных «разорванный», не понятный для окружающих характер, так как состоит из набора совершенно не связанных между собой фраз. Предложения при внешне грамматически правильной форме совершенно лишены смысла — части предложения логически между собой не связаны. Такая речь является клиническим выражением разорванности мышления. Нередко таким больным не нужен и собеседник (симптом монолога), т.е. речь для них утрачивает свою функцию общения.

Понятие критичности в психопатологии неоднозначно; часто имеется в виду критичное отношение к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Здесь рассматривается тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями. Обычно такие больные при выполнении классификации обнаруживают особую группу ошибок, которую можно характеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Так, больной, не вслушавшись в инструкцию, бегло взглянув на карточки, начинает раскладывать предметы по группам, не проверяя себя. Если сконцентрировать его на задании он начинает группы собирать правильно по обобщенным признакам. Безразличие к результатам выполнения задания в ряде случаев может достигать самой нелепой формы. Градация отношения больных к допускаемым ошибкам может служить показателем критичности мышления. Одни из них сами исправляли свои ошибки, другие делали это только под влиянием экспериментатора, третьи — отстаивали свои решения. Обычно не поддаются коррекции ошибки, связанные с разноплановостью суждений (Кожуховская И.И., 1972).

3. Нарушения динамики мыслительной деятельности проявляются в инертности (вязкости) или в лабильности мышления как психического процесса, состоящего из цепи умозаключений, переходящих в рассуждения.

При инертности мышления обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. При этом больным трудно менять избранный способ работы, изменять ход своих рассуждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Конкретные связи прежнего опыта доминируют, появляется склонность к излишней детализации и обстоятельности. Наиболее часто инертность мышления встречается при эпилепсии.

При лабильности мышления имеют место обратные соотношения — мысли и представления так быстро сменяют друг друга, что больные иногда не успевают зарегистрировать их в своей речи. Они не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой. Вследствие повышенной отвлекаемости они становятся малопродуктивными: происходит чередование обобщенных решений с конкретно-ситуационными, а логические связи часто подменяются случайными сочетаниями.

В нейропсихологии также накоплен опыт изучения особенностей нарушений мышления при локальных поражениях мозга. А.Р. Лурия выделяет несколько типов нарушения интеллектуальных процессов при поражении височных, теменно-затылочных, премоторных и префронтальных отделов мозга.

Поражение левой височной области вызывает сенсорную или акустико-мнестическую афазию. Несмотря на нарушение звукового образа слова, его смысловая сторона остается обычно сохранной, поэтому больные могут правильно оперировать пространственными отношениями элементов, выполнять письменно арифметические операции, решать задачи на поиск последовательности в сериях сюжетных картин. Однако у них грубо нарушены те смысловые операции, которые требуют постоянного опосредующего участия речи или удержания в памяти речевого материала.

Поражение левой теменно-затылочной области вызывает распад возможностей пространственного анализа и синтеза. При этом больные обнаруживают трудности в тех интеллектуальных операциях, для решения которых необходимо выделение наглядных признаков и их пространственных отношений. Наиболее четко эти нарушения проявляются в задачах на конструктивный интеллект (складывание куба Линка или кубиков Коса). Общий смысл задач у больных остается относительно сохранным, однако понимание сложных логико-грамматических структур нарушается. Выполнение арифметических действий для них невозможно из-за первичной акалькулии.

При поражении лобных премоторных отделов левого полушария нарушается преимущественно временная организация всех психических актов, включая интеллектуальные. Наблюдаются распад кинетических схем движения и трудности перехода с одного двигательного акта на другой, а также расстройства динамики мыслительного процесса (замедление процесса понимания). Характерным становится нарушение автоматизированных интеллектуальных операций в самых различных заданиях: арифметических, вербальных, наглядно-образных. Типичная ошибка больных — стереотипные ответы в случаях, когда требуется переключение на новую операцию.

При поражении лобных префронтальных отделов мозга клиническая феноменология нарушений интеллектуальных процессов разнообразная: от грубых дефектов до почти бессимптомных случаев. Поражение лобных отделов мозга проявляется часто в том, что предложенный текст задачи не воспринимается как задача, т.е. как система соподчиненных элементов условий. Несмотря на полную сохранность понимания логико-грамматических структур и счетных операций распаду подвергается интеллектуальная деятельность в целом. Больные не сличают полученные результаты с исходными условиями задачи и не осознают бессмысленность полученного ими ответа.

Клиническая классификация расстройств мышления

Классификации нарушений мышления в дают возможность глубже понять психологическую структуру большинства клинических проявлений мышления, но

не заменяют клинических классификаций. Расстройства мышления у больных в психиатрии чаще всего условно подразделяют на две большие группы: количественные (расстройства ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений).

I. Патология ассоциативного процесса. Большинство ассоциативных расстройств мышления встречаются не в изолированном, «чистом» виде, а в самых разнообразных сочетаниях.

#### 1. Нарушения темпа мышления

а. Ускоренное мышление (тахифрения) — увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление сохраняет целенаправленность, но становится малопродуктивным, так как начинают преобладать простые ассоциации (по созвучию, сходству, смежности, контрасту), мысли становятся поверхностными и малодоказательными. Высшей степенью ускорения мышления является симптом «скачки идей» — крайняя отвлекаемость с непрерывной сменой тематики высказываний в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения. Ускоренное мышление характерно для маниакальных состояний.

б. Замедленное мышление (брадифрения) — уменьшение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление при этом, хотя и сохраняет свою целенаправленность, но также становится малопродуктивным — ассоциативный процесс обедняется и скудеет. Замедление ассоциативного процесса типично для депрессий.

#### 2. Нарушения подвижности мышления

а. Детализированное мышление — цель рассуждения достигается не по краткому пути, а через множество побочных, второстепенных ассоциаций, несущественных деталей и подробностей, что делает мышление неэкономичным.

б. Обстоятельное мышление — выраженная детализация, сочетающаяся с длительным застреванием на побочных ассоциациях (обстоятельность), но все же с последующим возвращением к основной теме мысли; это «лабиринтное», малопродуктивное мышление.

в. Вязкое мышление — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически непонятной, а мышление непродуктивным. Больной обычно удерживает основную линию разговора, так как не может освободиться от побочных ассоциаций и застревает, «вязнет» в них.

В ряде случаев «застревание мысли» проявляется в том, что больной на любые вопросы дает один и тот же ответ или однообразно повторяет одну фразу. Например, больного спрашивают: «Как вас зовут?». Он отвечает: «Федор Степанович». Вопрос: «Где вы родились?». Ответ: «Федор Степанович». Вопрос: «Сколько вам лет?». Ответ: «Федор Степанович». Такое нарушение мышления называют персеверацией. Персеверации наблюдаются и при поражении сенсорного центра речи Вернике.

Нарушения подвижности мышления характерны для эпилептического слабоумия, органических заболеваний мозга.

### 3. Нарушения целенаправленности мышления

а. Резонерское мышление — цель рассуждения «ускользает» от больного, что приводит к «рассуждательству» по несущественному поводу, пустословию, окружающим непонятно, «зачем» он это говорит. Содержание — банальные нравоучения, морализированные, известные изречения и т.п. Речь построена грамматически правильно, но многословна и перегружена причастными и де-епричастными оборотами, вводными словами. Такое мышление непродуктивно, не является конкретным, т.к. не опирается на опыт и не относится к абстрактному виду отсутствия обобщения.

Витиеватость мышления — пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, терминов, формул и т.п., что не обязательно и даже не нужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание, снижает продуктивность мышления. Речь внешне логична, но приобретает черты необычности и псевдонаучности, что сближает ее с резонерством..

б. Атаксически-ассоциативное («разорванное») мышление — характерно полное отсутствие логической связи между ассоциациями: то, что должно быть

объединено — разъединяется, а разнородное — соединяется. Атаксическое мышление обычно проявляется в грамматически правильно построенных фразах: «Пошел в магазин верхом на трехэтажном доме», «Летит крыльями под водой», «Река приобрела историческую дилемму» и т.п. (семантическая разорванность при синтаксической сохранности речи).

Разорванное мышление характерно для больных шизофренией. В начальных стадиях заболевания кратковременные эпизоды разорванности мышления больной может даже «ощущать» в виде обрыва, перерыва мысли и даже своеобразной «закупорки» мышления с потерей нити разговора (так называемые шперрунги). Больные при этом во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились.

Наблюдаются, кроме того, психогенно обусловленные остановки мышления, например состояния «экзаменационного ступора», при которых теряется способность к связному изложению и забываются хорошо знакомые сведения. Сильное волнение вообще препятствует свободному течению мышления. Короткие задержки мышления встречаются также у больных эпилепсией (Блейлер Э., 1920). По типу шперрунга возникают припадки височной эпилепсии. Шперрунги и обрывы мысли, равно как и другие проявления психического автоматизма, нельзя считать прерогативой шизофрении. Быть может реже, но они встречаются также при экзогенно-органических психозах.

Крайним выражением разорванности мышления является шизофазия, когда больные произносят бессмысленный набор слов. Здесь нет связи не только между отдельными частями предложения, но даже между словами и слогами, речь становится совершенно непонятной и лишена всякого смысла — «словесная крошка», «словесный салат» (страдают и семантическая и синтаксическая стороны речи).

Шизофазию следует отличать от инкогеренщ, или бессвязности, мышления, где также имеет место хаотичность мышления с набором отдельных слов. Главное отличие состоит в том, что разорванное мышление с шизофазией возникает на фоне ясного сознания, а инкогеренция всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аменции).

в. Паралогическое мышление — также нарушается образование логических связей между ассоциациями, но в отличие от разорванного мышления, где понятия и представления сочетаются друг с другом на основе совершенно случайных признаков, здесь мышление характеризуется явными нарушениями формальной логики. Больной приходит к совершенно необоснованным, даже нелепым выводам, т.к. в цепи рассуждений происходит «соскальзывание» с основного ряда мышления на побочный в силу утраты логической связи между элементами. Точнее, ассоциации здесь возникают не по законам общепринятой логики, а на основе какой-то другой, «понятной» только самому больному логики (аутистическая, «кривая» логика). Возникающие при этом связи между понятиями, суждениями и умозаключениями становятся необычными, поэтому окружающим они непонятны (мышление с «выкрутасами»). Как случайное явление такого рода паралогизмы могут наблюдаться в состоянии аффекта, нарушающего логическое течение мыслей, а как постоянное расстройство — свойственны шизофрении.

Ряд авторов полагают, что паралогическое мышление — это качественно иной способ мышления, отличающийся как от реалистического, так и аутистического. В отличие от последнего оно ориентировано не в сторону удовольствия и выражается не пассивной игрой воображения, а вполне определенными, хотя и символическими действиями. В отличие от реалистического мышления паралогическое мышление оставляет без внимания причинно-следственные связи объектов и усматривает в происходящем участие сверхъестественных сил. «Законы» паралогического мышления являются причиной неожиданных и совершенно непонятных на первый взгляд умозаключений. На их основе может совершаться, например, ложная идентификация одного

человека с другим, людей и животных с их изображениями, с неодушевленными предметами. Одним из признаков паралогического мышления считают рассуждения, построенные по принципу «после этого, значит, вследствие этого». Характерной особенностью паралогического мышления является и то, что один объект может рассматриваться в качестве эквивалента любого другого, если между ними обнаруживаются черты сходства.

Соскальзывания мышления — временами возникают внешне объективно немотивированные переходы от логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к другой по ложной неадекватной ассоциации, несущественному для цели мышления признаку. После этого больные способны к дальнейшему последовательному рассуждению, но допущенной ошибки не исправляют.

Разноплановость мышления — постоянная немотивированная смена основания для построения ассоциаций, соскальзывания мышления систематичны, мысль при этом лишается основного содержания, так как в ней иногда объединяются несочетаемые понятия. Интеллектуальные операции сохранены, инструкция усваивается правильно, но продуктивность мышления значительно снижается из-за того, что суждения о явлении или факте одновременно складываются как бы на разных уровнях.

г. Символическое мышление. Символика свойственна и нормальному мышлению, когда она отражает общепринятые идеи и взгляды (гербы, математические знаки, персонажи басни и пр.). При патологическом символизме она сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. При этом логическая переработка в рассуждениях больного имеется, но в общепринятые понятия, которыми оперирует его мышление, вложен иной смысл, который понятен только ему самому. В результате многие явления и предметы окружающего мира приобретают для больного особое, отличающееся от общепринятого, значение.

В начальных стадиях символизм может проявляться аморфностью мышления, где заметна только нечеткость использования понятий. При этом грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, и



мысли больного в силу этого окружающим малопонятны — неясно, «о чем» больной говорит (отличать от резонерства, где неясно, «зачем» больной это говорит).

К нарушениям целенаправленности мышления можно отнести ментизм—непроизвольное, насильственное течение потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания («Ералаш в голове, тысяча мыслей, летят и не запоминаются»). Непроизвольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику. Поток мыслей депрессивного содержания обозначают термином «депрессивный ментизм». Явления ментизма свойственны также астеническим, невротическим состояниям, наблюдаются у пациентов с последствиями травматического поражения головного мозга. Особенно часто встречаются перед засыпанием, в дремотном состоянии — гипнагогический ментизм. Невольно вспоминаются впечатления дня, неприятности, собственные промахи, сами собой мелькают лица, проносятся картины, все больше напоминая сновидения. Депрессивный, астенический, травматический варианты ментизма отличаются от ментизма в более узком и традиционном его понимании, т.е. параноидного ментизма (наблюдающегося в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома).

II. Патология суждений и умозаключений. К этой группе расстройств относятся бредовые, сверхценные, навязчивые и доминирующие идеи.

1. Бредовые идеи. Бредовые идеи — это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни каким-либо другим способом. Совокупность бредовых идей называется бредом. Важно заметить, что бред всегда возникает на болезненной основе и нарушает адаптацию человека к своей среде; он вытекает не столько из знаний и опыта, сколько из внутреннего, аффективно-психического состояния. Личность охвачена (эмоционально вовлечена) ложным убеждением, хотя и оно неприемлемо для других людей данной культуры или субкультуры (т.е. это убеждение не является религиозным догматом или суеверием).

Таким образом, в определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции. Такой бред также называют первичным бредом, а при его формировании можно часто заметить определенную этапность — сначала бредовое настроение, а затем бредовое восприятие и толкование внешних событий с последующей «кристаллизацией» самой бредовой идеи. При первичном бреде можно даже говорить о своеобразной вере больного в свои болезненные идеи — он «чувствует», что он прав (аналогично религиозным чувствам или при суевериях у здоровых). Первичный бред является истинным расстройством мышления и недоступен пониманию в терминах культурного и образовательного статуса пациента, что отличает его от других видов убеждений (нормальная убежденность, доминирующая или сверхценная идея).

В отличие от первичного, вторичный бред доступен пониманию и объяснению в сочетании с другими психопатологическими явлениями, такими как галлюцинации или изменения настроения. Например, больной, который убежден, что его «отравляют соседи», может первоначально получить эту информацию от «голосов», которые он «слышит».

Анализ содержания бреда может иметь определенное диагностическое значение. Бредовые идеи ревности обычно указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении. По данным G. Huber, G. Gross (1977), идеи преследования и отношения составляют 79,5% шизофренического бреда, идеи отравления — 41,8%; значительно реже наблюдаются бредовые идеи иного содержания.

По содержанию различают четыре основные формы бреда: 1) бред с пониженной самооценкой — самоуничужения, греховности, физического недостатка, или дисморфомания (убежденность в уродстве тела), и нигилистический бред (убежденность в прекращении функций тела, их исчезновении или гниении тела); 2) бред с повышенной самооценкой

(экспансивный) — разные виды бреда величия, богатства, изобретательства и пр.;

3) персекуторный бред (бред преследования) — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения; 4) смешанные формы бреда — кверулянтства, или сутяжничества, при котором отстаивание своих ложных идей приводит к многолетним судебным тяжбам и разбирательствам, разные варианты «симптома двойника» и др.

По структуре различают две основные разновидности бреда: несистематизированный (отрывочный, образный) и систематизированный (интерпретативный) бред.

Отрывочные бредовые идеи чаще проистекают из расстройств восприятия (патологических образов и представлений) и могут быть самого разнообразного содержания (преследования, отравления, порчи, ревности, изобретательства, величия и др.), но они существуют разрозненно и не имеют заметных тенденций к объединению и логической проработке.

Напротив, систематизированный бред построен на толковании (интерпретации) больным внешних и внутренних событий. Патологические идеи (суждения и умозаключения) здесь возникают в результате нарушений логики на этапе бредообразования («кристаллизации» бреда). Наиболее систематизирован паранойяльный бред, менее — парафренный, а параноидный бред более близок к образному бреду.

- Паранойяльный бред — больной опирается в мышлении на изначально ложную посылку (первичная бредовая идея), но формально правильную, правдоподобную систему доказательств.

- Парафренный бред — также систематизирован, но он по своему содержанию часто весьма необычен и формируется в тесной взаимосвязи с обманами восприятия (чаще всего это бред причудливого, фантастического содержания, который переплетается с идеями величия, преследования или крайней греховности и вины).

- Параноидный бред — здесь уже нет достаточной стройности в рассуждениях и строгой селекции фактов, т.е. в структуре самого бреда имеются противоречия и нелепости.

2. Сверхценные (бредоподобные) идеи. Впервые описаны С. Wernicke в 1892 г. Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Главная отличительная черта сверхценной идеи заключается в том, что в ее основе всегда лежит какой-либо реальный факт, правда весьма незначительный, мелкий. Однако суждения и умозаключения, возникшие на основе мелких фактов, в сознании больного начинают переоцениваться в их значении и занимать в жизни незаслуженно большое место. Сверхценные идеи, в отличие от бредовых, никогда не носят характера нелепости, и больного можно в некоторой степени разубедить в них, правда на непродолжительное время. В практике врача общего профиля наибольшие трудности в диагностике и лечении вызывают сверхценные идеи какого-либо соматического неблагополучия, так как в их основе действительно лежит какое-либо незначительное заболевание, значение которого непомерно переоценивается больным.

Бредоподобные идеи часто возникают у больных с аффективными нарушениями, где они тесно спаяны с измененностью настроения больного (конгруэнтны ему). При пониженном настроении (депрессия) нередко возникают идеи самообвинения с суицидальными мыслями: больной считает себя плохим человеком, недостойным даже жизни. Напротив, при повышенном настроении (мания) возникает склонность к переоценке своей личности, и больной полагает, что он всех красивее, умнее, способнее. Такой бред и нарушения поведения называются голотимными, т.е. соответствующими аффекту.

3. Навязчивые идеи. Впервые были описаны Ф. Платтером в 1614 г. Навязчивые идеи характеризуются появлением в сознании неотступных и назойливых мыслей, которые сам больной критически оценивает как болезненные, нелепые и

не соответствующие действительности, но устранить их вновь и вновь повторяющееся возникновение не может.

Сам факт этой неодолимой навязанности (обсессии) субъективно тяжело переживается человеком. Навязчивые идеи довольно часто сочетаются с навязчивыми действиями (неодолимая потребность совершать какое-либо действие или поступок). Все виды навязчивостей, которые буквально преследуют человека и отравляют все его существование, могут возникать при относительно редком заболевании (0,05% в населении) — неврозе навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

Навязчивый счет (арифмомания) выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции.

Навязчивые репродукции — назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни. Например, онома-томания — это навязчивое вспоминание различных имен.

Фобии — в отличие от навязчивых мыслей и действий, при фобиях, т.е. навязчивых страхах конкретных ситуаций или предметов, больной не испытывает тревоги и дискомфорта, если не сталкивается с устрашающими объектами. Однако они формируют ограничительное поведение: больной начинает избегать пугающих ситуаций, когда это возможно. К группе пространственных фобий относятся: клаустрофобия (страх закрытых помещений), гипсофобия (или акрофобия, боязнь высоты), агорафобия (боязнь открытых пространств и всех смежных ситуаций, связанных с выходом из дома). К группе нозофобий (боязни болезней) относятся: канцерофобия, спидофобия, радиофобия (страх заболеть раком, сифилисом, лучевой болезнью). К группе социальных фобий (социофобия) относятся: эрептофобия (страх покраснеть), скоптофобия (страх упустить кишечные газы). Реже встречаются страхи покончить жизнь самоубийством (суицидофобия), убить кого-либо (гомицидофобия), боязнь острых предметов (айхмофобия, или окси-фобия), страх кошек (эйлуорофобия), езды на поезде (сидеродрофофобия), цветов (антофобия), грозы (астрафобия), грома

(бронтофобия), змей (офидиофобия), темноты (никтофобия), микробов и грязи (мизофобия) и множество других.

Навязчивые сомнения, или болезнь сомнений (Фальре Ж., 1880), — неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, вынуждающая пациентов многократно проверять сделанное, что обычно не устраняет болезненных сомнений.

Навязчивые опасения — неотвязные страхи, сомнения в удачном исходе предстоящих привычных действий, например публичного выступления, управления машиной, самолетом, сдачи экзамена; страхи совершенно необоснованные, поскольку ранее такие действия выполнялись без труда. Сосредоточенность внимания на себе является условием аномального протекания автоматизмов, что в свою очередь еще более усиливает навязчивые опасения.

Навязчивые, или овладевающие, представления — не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, принимающиеся на высоте болезненного состояния за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п. В них явно видна тенденция к переходу в образный бред.

Навязчивые воспоминания — произвольное появление в сознании образных деталей воспоминаний о каком-либо неприятном или порочащем больного событии реального прошлого. Оттенок насильственности воспоминаний свидетельствует о возможности их перехода в образный ментизм.

Навязчивые влечения — внутреннее навязчивое побуждение (компульсия) совершить непристойный, бессмысленный либо опасный поступок.

Навязчивые действия — стереотипные, повторяющиеся, внешне бесцельные действия, которые нередко имеют вид ритуала. Они могут быть разными по генезу и внешнему оформлению.

В навязчивом действии всегда есть субъективный компонент — навязчивое влечение, или компульсия, и объективный — ритуал (вызванные влечением

реальные действия, заметные или незаметные окружающим). Навязчивые действия обычно имеют своеобразное приспособительное, защитное значение для больного. Так, больной, страдающий страхом загрязнения, бесчисленное количество раз моет руки. Навязчивые ритуалы, как особая форма защитных магических действий, имеют порой нелепый и вычурный характер. Со временем они могут отрываться от первичных страхов, приобретая самостоятельный характер.

4. Доминирующие идеи. Доминирующей идеей следует называть такую мысль, которая занимает в сознании человека незаслуженно большое место. Доминирующие идеи часто бывают у здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся и сосредоточены на достижении цели. Встречаются они и у больных. Отношение больных к доминирующим идеям бывает разным, но иногда эти идеи начинают их тяготить. Не сомневаясь в их правильности, больной понимает, что они совершенно неправомерно все время владеют им. Эти идеоболезненны не потому, что они неправильно отражают действительность, а потому, что какой-либо реальный факт привлек к себе упорное внимание на слишком долгое время («прилипание» внимания). Довольно часто в психиатрической клинике доминирующие идеи предшествуют возникновению других болезненных идей, в частности бреда.

## **Тема 10** Нарушение речи

Речь возникла в процессе исторического развития вместе с мышлением и имеет прежде всего коммуникативное, общественное значение. Потребность в совместной деятельности приводит к необходимости в общении. Речь- это процесс словесного общения, выражение какой либо мысли. Речь подразделяется на устную и письменную. У людей с дефектами слуха особое значение приобретает жестовая речь. Система жестового общения глухих включает в себя разговорную и калькирующую. В калькирующей речи жесты являются

эквивалентами слов, а порядок их следования такой же как и в обычном предложении. Жесты сопровождают устную речь говорящего.

Филогенез языка — это процесс возникновения и развития человеческого языка вообще, а не процесс возникновения и развития языка каждой данной личности. Интересно отметить, что "момент" филогенетического зарождения языка датируется гипотетически очень отдаленными временами, так что Парижское лингвистическое общество еще в 1865 году в своем уставе запретило рассмотрение любых гипотез о происхождении языка, как проблемы "бесполезной" и "непродуктивной". Однако интерес к непознанному оставался, и возникло множество гипотез речевого филогенеза.

1. Теория звукоподражания идет от древнегреческих философов-стоиков. Смысл ее состоит в том, что человек обрел свой язык, подражая звукам природы. В любом языке, например, есть звукоподражательные слова, да и начала детской речи (которая как бы повторяет этапы филогенеза) содержат аналогичные словообразования.

2. Трудовая теория происхождения языка (теория "трудовых выкриков") возникла в XIX веке и наиболее полно оформилась в трудах Л. Нуаре и К. Бюхера. Сущность этой гипотезы в предположении о том, что язык возник из звуков, сопровождающих совместную трудовую деятельность. В этой теории подчеркивается, что язык возник в процессе социального взаимодействия людей и языковые знаки вторичны по отношению к невербальным способам коммуникации.

3. Жестовая теория происхождения языка была сформулирована в 19 веке В. Вундтом, а позднее развита Н.Я. Марром. На сегодняшний день она считается наиболее убедительной, так как имеет множество психолингвистических аргументов в свою пользу. В частности ее подтверждает анализ речевого развития ребенка. Прежде чем ребенок овладевает языком как фоно-лексико-грамматической структурой, он создает особую невербальную (преимущественно жестовую) прото-языковую систему. В онтогенезе "сначала был осмысленный жест и эмоциональная фонация", а потом уже "осмысленный звук".



Другая область, которая дает факты в пользу жестовой теории, это наблюдения и эксперименты, проведенные в 60-70-е гг. нашего столетия с человекообразными обезьянами (Р. и Б. Гарднеры, Р. Футс, Д. Примак и др.). Результаты наблюдений показывают, что обезьяны способны к научению в определенной степени жестовой коммуникации глухонемых (обучение звуковому языку обезьян невозможно из-за несовершенства у них строения артикуляционного аппарата).

За три года обучения с 11 -месячного возраста шимпанзе по имени Ушо у супругов Гарднеров освоила 132 знака американского жестового языка и "понимала" еще несколько сот других знаков, с которыми люди обращались к ней. Комбинируя знаки, обезьяны составляли из них несложные предложения, причем они отдавали предпочтение порядку "слов-жестов", при котором на первом месте находился субъект действия, на втором — действие, на третьем — объект (например: "ты — щекотать — Ушо"). Иными словами, шимпанзе демонстрировали представление о субъекте, действии и объекте .

Для обозначения нарушений речи часто используются термины "недоразвитие речи" и "нарушение речи".

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности речевой функции или речевой системы в целом. Оно может иметь различные причины: задержка развития только компонентов речевой системы или сочетание ее с общей задержкой психического развития, олигофренией.

Нарушения речи представляют собой отклонения от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Они подразделяются на нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Расстройства устной речи могут быть обусловлены нарушениями произносительной стороны речи (фонационного, внешнего оформления высказывания) и структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (системное нарушение речи).

Расстройства фонационного оформления речи

1. Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

2. Брадилалия (брадифразия) и тахилалия (тахифразия) — патологически замедленный или патологически ускоренный темп речи. Эти расстройства связаны с центрально обусловленными нарушениями реализации речевой программы (органическими или функциональными по своей природе).

3. Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную (логоневроз) природу, возникает чаще в ходе речевого развития ребенка.

4. Дислалия (косноязычие) — нарушение, недостатки звукопроизношения фонем при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата. Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса "-изм": ротацизм — дефект произношения "р", ламбдацизм — "л", мацизм — "г", хитизм — "х", каппацизм — "к", сигматизм — свистящих и шипящих звуков и другие.

5. Ринолалия (гнусавость) — нарушение тембра голоса и звукопроизношения из-за анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата (расщелины неба, нарушения резонансных свойств полостей носа и другие).

6. Дизартрия (косноязычие) — нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Расстройства структурно-семантического (внутреннего) оформления речи

1. Алалия (дисфазия, слухонемота) — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Встречается примерно у 1% дошкольников (0,1% всего населения).

При моторной алалии нарушено произношение слов, родители таких детей характеризуют их как понимающих, но не желающих говорить. При сенсорной

алалии нарушено понимание речи — ребенок слышит, но не понимает слов. Часто он довольно болтлив (повышенная речевая активность) и слышимые слова проговаривает по несколько раз как эхо (эхолалия), но смысла их он не улавливает.

2. Афазия (утрата речи) — полная или частичная утрата речи (после того, как она уже была сформирована), обусловленная локальными поражениями головного мозга в результате травм головы, нейроинфекции и опухолей мозга. До 3 лет, пока речь еще не сформирована, диагностика афазии невозможна.

Существуют различные классификации афазий, отражающие тот или иной исторический период развития наук о речи. В настоящее время в нашей стране общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А.Р. Лурия, где выделено 7 форм афазий: сенсорная, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, моторная (афферентная и эфферентная), динамическая и семантическая.

Сенсорная афазия связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария (у правшей), 41-го первичного и 42-43-го вторичных полей зоны звукового анализатора ("зона Вернике"). В ее основе лежит нарушение способности различать звуковой состав слов (утрата фонематического слуха).

Акустико-мнестическая афазия (амнестическая афазия) возникает при поражении средних отделов коры левой височной области (21-е и частично 37-е поля). У больного резко снижается объем слу-хоречевой памяти — до 3-2 элементов, — в силу чего затруднено понимание больших фраз.

Оптико-мнестическая афазия (оптическая амнезия) возникает при поражении задненижних отделов височной области у правшей (нижние отделы 20-21-го и 37-го полей). Больные не могут назвать показываемые предметы и пытаются дать им словесное описание (карандаш — "то, чем пишут"). Они не могут нарисовать даже самых простых предметов (стол, дом и другие).

Моторная афазия выражается в затруднениях произношения слов. При поражении нижних отделов теменной области (40-го поля) нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного

аппарата, в силу чего возникают затруднения в произношении и различении близких по артикуляции звуков (д,л,н или г,х,к) и часто затруднено выполнение различных оральных движений (надуть щеки, облизать губы, высунуть язык) — афферентная моторная афазия. При поражении нижних отделов коры премоторной области (44-е и частично 45-е поля, "зона Брока") при попытке что-то сказать больной произносит лишь нечленораздельные звуки, но окружающих понимает хорошо — моторная афферентная афазия.

Динамическая афазия связана с поражением областей вблизи от зоны Брока, что приводит к дефектам формирования внутренней речи. Она проявляется речевой адинамией, самостоятельно больные почти не высказываются, речь очень бедна. При пробе на заданные ассоциации (например, попросить назвать 7 красных предметов) больные называют 1-2 предмета и замолкают.

Семантическая афазия возникает при поражении коры области стыка височных, теменных и затылочной областей слева

Больные перестают различать грамматические конструкции, отражающие симультанный (одновременный) анализ и синтез явлений, т.е. когда для понимания какого-либо выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Они не понимают различий в выражениях "круг над крестом" и "круг под крестом" (предлоги над, под, сверху, снизу и др.), "брат отца" и "отец брата" (конструкции родительного падежа), "ручка длиннее карандаша" и "карандаш короче ручки" (сравнительные отношения) и другие.

#### Нарушения письменной речи

1. Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, искажению понимания прочитанного. Дислексия встречается у 3% детей начальных классов массовой школы, чаще у мальчиков. Она объясняется несформированностью (нарушением) высших психических функций, качественной незрелостью головного мозга в его отдельных зонах.

Например, при поражении правого полушария наблюдаются трудности при чтении левой части слова, слово прочитывается справа налево.

В зависимости оттого, какой из анализаторов первично нарушен, выделяют акустическую, оптическую и моторную формы дислексии. Семантическая дислексия проявляется в нарушении понимания прочитанных слов или текста при технически правильном чтении, а аграмматическая дислексия проявляется у ребенка в трудностях усвоения грамматического строя речи (неправильное согласование в роде, числе и падеже, неправильное употребление окончаний). Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей и проявляется у них трудностями тактильного опознания букв азбуки Брайля.

2. Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв. В случаях полной несформированности процесса письма говорят об аграфии. Аграфия проявляется нарушением способности писать правильно по смыслу и по форме при сохранности двигательной функции руки. Письмо представляет собой сложную, многоуровневую форму речевой деятельности, и в ней принимают участие и взаимодействуют различные анализаторы. Причины нарушений письма и чтения являются сходными.

Для обозначения нарушений речи используют термины «недоразвитие речи» и «нарушения речи».

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности речевой функции или речевой системы в целом.

Нарушение речи представляют собой отклонения от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Расстройства устной речи делятся на расстройство фонационного оформления речи :

1. Дисфония (афония)-отсутствие или расстройствофонации в следствии патологических изменений голосового аппарата.

2.Брадилалия и тахилалия-патологически ускоренный или замедленный темп речи.

3. Заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием голосового аппарата.

4. Дислалия - нарушение звукопроизношения фонем при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата. Формы дислалии: ротацизм-дефект произношения звука «р»; ламдацизм- «л» ; мацизм -«г»; хитизм-«х»; каппацизм -«к»; сигматизм- свистящих и шипящих звуков.

5. Ринолалия- нарушение тембра голоса и звукопроизношения вследствие анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата.

6. Дизартрия-нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

### **Тема 11 Патология внимания**

Внимание как психический процесс не является самостоятельной формой отражения, но организует другие психические процессы на обеспечение избирательности восприятия, целенаправленности выполнения каких-либо действий (внешнее внимание), возможности сосредоточения человека на своих мыслях, образах памяти или воображения, а также чувствах (внутреннее внимание).

Первичное произвольное внимание врожденное и является проявлением ориентировочного рефлекса. На его базе у человека формируются более сложные, социально опосредованные типы внимания, т.е. собственно произвольное внимание, а также вторичное произвольное и послепроизвольное внимание.

Оценка особенностей внимания осуществляется в процессе изучения в беседе или с помощью специальных тестов его качественных характеристик (свойств): объема, концентрации, устойчивости, переключаемое<sup>TM</sup>, распределяемое<sup>TM</sup> и отвлекаемое<sup>TM</sup>. Все свойства внимания формируются постепенно в процессе возрастного развития ребенка. Только к 5—7-летнему возрасту произвольные формы внимания окончательно формируются и далее совершенствуются в младшем и старшем школьном возрасте, составляя основу такого личностного качества, как внимательность. В практике педиатра коррекция у

некоторых детей так называемого синдрома дефицита внимания может составить даже специальную проблему.

Полноценное функционирование внимания возможно лишь при определенном уровне активности мозга в целом и сохранности полноценного функционирования различных уровней его неспецифической системы. Непроизвольное внимание более связано с активностью этой системы на уровне ствола и среднего мозга, а произвольное внимание является корковой функцией. Большую роль в оформлении современных концепций нейрофизиологических механизмов внимания имела так называемая «модель фильтра» Д.Е. Бродбента, учение об ориентировочных реакциях и очаге оптимального возбуждения в коре мозга И.П. Павлова, открытие нейрофизиологического явления доминанты А.А. Ухтомским, а также обнаружение в мозге специализированных нейронов — нейронов внимания.

Расстройства внимания бывают как временные явления у совершенно нормальных людей при утомлении или эмоциональном перенапряжении. В некоторых случаях недостаточность внимания становится устойчивой, и ее называют «невнимательностью» (в противовес такому свойству личности, как «внимательность»). В зависимости от особенностей и форм сочетания различных свойств внимания, приводящих к невнимательности, можно говорить о трех ее типах.

Первым типом невнимательности является рассеянность («порхающее» внимание), определяемая легкой произвольной переключаемостью слабо концентрированного внимания. Этот вид невнимательности свойственен дошкольникам и людям ослабленным, астенизированным в результате сильного переутомления или болезни.

Второй тип невнимательности, напротив, определяется высокой интенсивностью и концентрацией внимания при трудностях переключения. Это тип «невнимательности ученого», сосредоточенного на своих мыслях. У больных этот тип невнимательности свойственен лицам со сверхценными и навязчивыми мыслями.

Третий тип невнимательности характеризуется весьма слабой концентрацией внимания и еще более слабой его переключаемостью. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением силы и подвижности нервных процессов. У здоровых людей подобная невнимательность является временной, следствием переутомления. В клинике такое внимание наблюдается в условиях кислородного голодания мозга, при церебральном атеросклерозе у пожилых людей («стариковская рассеянность»).

Жалобы на расстройства внимания становятся признаком заболевания только в контексте с общим соматическим или нервно-психическим расстройством. В большинстве случаев можно говорить о трех основных группах нарушений внимания: гипопрозекия, гиперпрозекия и парaproзекия.

При гипопрозекиях встречаются разнообразные варианты ослабления внимания. Полная неспособность к сосредоточению, концентрации внимания называется апрозекией. Последняя сопровождается повышенной отвлекаемостью. Чаще всего в клинике встречается сочетание снижения возможностей к сосредоточению с ослаблением устойчивости внимания. Нередко эти явления сопровождаются снижением объема внимания.

Рассеянность внимания — нарушение способности длительно сохранять его направленность, страдает сосредоточение. Внимание становится неустойчивым, больной не в состоянии длительно сосредоточиваться на определенном виде деятельности, преобладает произвольное внимание.

Истощаемость внимания — прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы, хотя изначально была достаточно высокая степень сосредоточения. В силу этого резко падает продуктивность работы, становится невозможным углубленность, поглощенность деятельностью. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость. теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.



Сужение объема внимания — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Отсюда содержанием сознания становятся наиболее лично близкие больному впечатления. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или индивидуально-личностную значимость.

Сужение объема внимания обычно проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. Больные становятся рассеянными, забывчивыми. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше, чем они могут удержать в зоне активного внимания. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Нарушение направленности внимания — проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях, отношениях с людьми. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни. Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего. Существует гипотеза о связи нарушения внимания при шизофрении с тенденцией больных реагировать на недоминантные стимулы (В. Storms. 1966). По мнению Д. Шахова (1962), «отклоняющееся внимание» выступает как фундаментальное когнитивное (познавательное) нарушение у больных шизофренией.

Ослабление внимания отмечается при различных астенических состояниях, особенно если они сопровождаются неустойчивостью степени бодрствования. Быстрая истощаемость внимания свойственна больным с травмами черепа и

другими органическим заболеваниями мозга. Повышенная отвлекаемость с произвольным вниманием к случайным и нейтральным раздражителям характерна для маниакальных состояний и при растерянности.

При некоторых расстройствах сознания иногда возникает явление, близкое к повышенной отвлекаемости — симптом гиперметаморфозы. Больные при этом с особой остротой постоянно замечают изменения формы и пространственной локализации окружающих предметов, они все время пытаются удостовериться в этом прикосновением руки или перестановкой находящихся в поле зрения вещей.

При гиперпрозекциях внимание усилено, причем часто за счет односторонней его направленности. Например, больные с ипохондрическими состояниями проявляют патологически повышенное внимание к своим болезненным ощущениям и всему тому, что имеет отношение к их здоровью.

Как бы полной противоположностью симптому отвлекаемости является патологическая застреваемость, тугоподвижность внимания, которая свойственна больным эпилепсией, при депрессиях. В этих случаях наблюдаются и нарушения механизма переключения внимания с одного объекта на другой, что зависит от малой подвижности основных нервных процессов в коре головного мозга. В некоторых случаях усиление внимания проявляется в виде явления «прилипания» внимания к определенной мысли или представлению. Появившееся у больного то или иное представление, мысль задерживаются в сознании, что часто выражается в речи повторением одних и тех же слов (персеверация). Доминирующие идеи (в патологических случаях) также часто находят объяснение феноменами своеобразного «прилипания» внимания к определенным мыслям, хотя больной при этом осознает, что они занимают в его сознании незаслуженно большое место.

Парапрозексии — извращение внимания. В психопатологии понимается как проявление в сфере внимания явлений диссоциации и амбивалентности, типичных при шизофренических расстройствах. Здесь обычно демонстрируемая больным слабость побуждений к концентрации внимания и видимая истоща-

емость произвольного внимания в повседневной деятельности парадоксально сочетаются с крайним усилением и даже ригидностью внимания при возникновении у больного феноменов психопатологического свойства. Обычно это крайняя сосредоточенность на галлюцинациях или бредовых построениях, но чаще эта сохранность и даже усиление внимания наглядно проявляются у таких больных при скрупулезном выполнении ими чрезвычайно сложных патологически фиксированных ритуальных действий.

У здоровых лиц парапрозекии также встречаются. Однако здесь их следует рассматривать более в плане несоответствия, неадекватности первоначальной установки произвольного внимания и результата. Чаще всего это возникает при чрезмерно сильном напряжении внимания, которое само по себе становится непереносимым для нервной системы, что и обуславливает парадоксальные, извращенные реакции со стороны внимания. Например, спортсмен на старте не слышит выстрела стартового пистолета, хотя активно сосредотачивался и готовился к этому моменту. Здесь имеет место своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Расстройства внимания при очаговой патологии мозга подразделяют на модально-неспецифические и модально-специфические нарушения.

Модально-неспецифические нарушения внимания распространяются на все виды и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительной, слуховой, тактильной и т.д.). Подобные нарушения внимания характерны для больных с поражением неспецифических срединных структур мозга разных уровней.

Уровень нижних отделов неспецифических структур (область продолговатого и среднего мозга) — это первый уровень поражения, при котором у больных наблюдается быстрая истощаемость, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания. Эти симптомы проявляются в любом виде деятельности из-за слабости тех механизмов, которые поддерживают внимание. Например, при выполнении серийных счетных операций (вычитание или

сложение) больные сначала дают быстрые и правильные ответы, затем латентные периоды ответов резко увеличиваются (по типу истощения), появляются ошибки и следует отказ. Иногда возможен повторный всплеск активности, когда больной начинает совершать счетные действия правильно. В большей степени страдают произвольные формы внимания: больным легче сосредоточиться, если задание их лично интересует (обращение к профессиональному интересу или к мотивационной основе действий улучшает результаты).

Уровень диэнцефальных и лимбических отделов — это второй уровень поражения, при котором нарушения внимания проявляются грубее. Такие больные часто вообще не могут сосредоточиться на чем-либо или их внимание крайне неустойчиво. Эти трудности проявляются при выполнении двигательных актов, при решении задач и при выполнении невербальных заданий. Попытки поднять уровень активности этих больных, как правило, не дают стойкого результата.

Уровень медиобазальных отделов лобных и височных долей — третий уровень поражения неспецифических срединных структур мозга, при котором преимущественно страдает произвольное внимание, а произвольное патологически усилено. У больных возникает так называемое «полевое поведение», т.е. они становятся чрезмерно реактивными на все стимулы вокруг себя: оборачиваются на любой звук, вмешиваются в разговоры соседей и т.п. Такая бесконтрольная реактивность отражает растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности. У таких больных с помощью обращения к произвольному вниманию можно вызвать такие действия, которые нельзя получить, адресуясь к произвольному уровню внимания. Например, они не могут переводить взор по словесной инструкции, но переводят взор вслед за зрительным объектом. У больных с поражением лобных долей наблюдается нередко и своеобразное нарушение произвольного переключения внимания на новое действие, при этом возникает повторное выполнение (персеверация) одного и того же действия.

### **нарушение сознания**

Философско-материалистические традиции подчеркивают возникновение сознания в результате эволюции живой материи, совершенствования нервной системы и ее психических свойств. При этом изготовление человеком орудий труда и возникновение речи были решающими для формирования сознания позволяющего человеку успешнее адаптироваться к среде.

Психология изучает происхождение, структуру и функционирование сознания у индивида. Сознание определяется здесь как интегративная психическая деятельность, обеспечивающая высшие уровни отражения действительности и саморегуляции. Сознание позволяет человеку создавать внутреннюю модель окружающего мира и на ее основе строить свое поведение. Более того сознание обладает рефлексивной способностью, что обеспечивает осознание и своего внутреннего мира.

В медицине изучаются расстройства сознания, которые противопоставляются «сознательности» или «ясности» сознания. При ясном сознании у человека, хотя и имеющего нарушения некоторых психических функций, способность ориентироваться в месте, времени и собственной личности остается сохранной. Это медицинское определение сознания уже, чем в психологии, но оно имеет важное практическое значение. Один и тот же психопатологический симптом у больного с ясным сознанием может приобретать иное диагностическое значение у больного с помрачением сознания.

Все многообразие содержаний сознания (предметного мира, самосознания своего телесного и психического «Я», эмоциональных оценок) с возможностью мимическим и сосредоточения могут быть реализованы только при нормальном функционировании механизмов активации мозга, которые обеспечивают состояние бодрствования. Причем этот уровень бодрствования для более эффективного поведения должен быть оптимальным.

Противоположным состоянию бодрствования является состояние сна. Чередование сна и бодрствования является важнейшим биоритмом человека. Методом электроэнцефалографии показано, что сон, как и бодрствование, является неоднородным состоянием. В нем выделяются две существенно раз-

личающиеся фазы — медленного и быстрого (пародоксального) сна. Существует множество расстройств сна, которые касаются как засыпания и пробуждения, так и этих фаз сна.

В широком понимании нарушения сознания — это такой вид расстройств психической деятельности при котором затрудняется и изменяется восприятие и адекватный анализ окружающей действительности и самого себя. В этом смысле любые расстройства психической деятельности одновременно являются и нарушениями сознания. Как уже ранее отмечалось, при таком понимании сознание у больных при различных заболеваниях, приводящих к диффузному или парциальному ухудшению познавательных функций и не сопровождающихся снижением уровня бодрствования (как например при деменции), следовало бы относить к нарушенному. Хотя и нельзя отделить сознание от его содержания, в медицинской практике обычно абстрагируют лишь те его главные свойства, которые обеспечивают соответствующие (особые для сознания) качества протекания других психических процессов и психической деятельности в целом (ясность, объем, активность, непрерывность).

Наиболее четко главные симптомы нарушенного сознания описал немецкий психиатр К. Ясперс (1923). Он сформулировал три главных признака синдромов нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка и амнезия в период нарушенного сознания.

1. Отрешенность от окружающего мира понимается как утрата способности воспринимать окружающее или восприятие фрагментарное, неотчетливое, беспорядочное. Кроме того, у больного утрачивается способность к мышлению — оно отличается затруднениями анализа и синтеза, установления причинно-следственных связей, но относительной сохранностью механических ассоциаций.

2. Дезориентировка — полное или частичное нарушение ориентировки человека в месте, времени, собственной личности.

3. Амнестические расстройства (полная или частичная амнезия), распространяющиеся на события всего периода расстроенного сознания.

Важно подчеркнуть, что для установления состояния нарушенного сознания необходимо обязательное наличие совокупности перечисленных признаков. Один или несколько не связанных между собой симптомов не могут в достаточной степени свидетельствовать о патологии сознания.

Наиболее часто в медицинской практике нарушения сознания подразделяют на количественные (непсихотические, или «простые» формы) и качественные (психотические, или «сложные» формы). Особое место в классификациях занимают нарушения самосознания — деперсонализация.

### **Состояния выключения сознания**

Количественные нарушения сознания связаны с нарушениями процессов активации, что приводит к снижению уровня бодрствования со своеобразным «выключением» сознания. В зависимости от степени выраженности выключения сознания выделяют кому, сопор и оглушение.

Коматозное состояние характеризуется полным выключением сознания, больной лежит с закрытыми глазами, и его невозможно разбудить — он не реагирует ни на какие раздражители, даже сильные болевые. Выражена мышечная атония, постепенно угасают все рефлексy, а в терминальных стадиях происходит угнетение центров дыхания и кровообращения.

В связи с успехами трансплантологии в литературе широко обсуждаются медицинские, этические и юридические проблемы хронического «вегетативного состояния» (иначе — «кома с бодрствованием», «мозговая смерть», «декортикация»), возникающего после тяжелых повреждений мозга вслед за периодом (10—14 дней) сноподобной комы. При этом глаза больного открываются самопроизвольно в ответ на словесные стимулы, сохранена циклическая смена сна и бодрствования, может самопроизвольно регулироваться дыхание и поддерживаться нормальный уровень артериального давления, но высшие психические функции при этом уже безвозвратно утрачены.

Существует целый ряд состояний, напоминающих «кому с бодрствованием», но отношения к ней не имеющих. В этих случаях также требуется проводить диагностику наличия или отсутствия высших кортикальных

функций. Например, ошибочное впечатление о коме с утратой психической деятельности возникает при поражении ствола мозга — так называемом синдроме изоляции («locked-in»), который бывает при полном параличе всех конечностей. Однако у таких больных сохранено мигание и вертикальные движения глаз. Их можно обучить азбуке Морзе, с помощью которой они способны передавать глазами достаточно сложные мысли.

Сопорозное состояние характеризуется, так же как и кома, полным исключением сознания, но у больного сохранены оборонительные и другие безусловные рефлексы. Сопор и кома являются признаками тяжелого соматического неблагополучия организма. После выздоровления остается полная амнезия всего периода бессознательного состояния.

Оглушение — выраженная его степень граничит с сопором, однако больного удается «расторгнуть», и он приходит на короткое время в сознание. При отсутствии сильных стимулов извне (энергичные оклики, встряхивание) больной снова погружается в спячку. После выздоровления, при тяжелом оглушении, амнезия на период нарушения сознания почти полная.

При средней степени оглушенности (сомонолениция) сонливость менее глубокая; больной сам не говорит, но на вопросы отвечает, хотя и со значительной задержкой; нарушено осмысление окружающего, а при выздоровлении отмечается частичная амнезия.

При более легком оглушении — обнубиляция происходит колеблющееся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи, больной сонлив, медленно и мало говорит.

### **Состояния помрачения сознания**

Качественные нарушения сознания обусловлены расстройством (дизинтеграцией) сознания и его «заполнением изнутри» патологическим содержанием (психопатологической продукцией, чаще галлюцинаторной и бредовой), в силу чего нарушается ориентировка больного в конкретно-предметной среде, из-



меняется поведение, а после выздоровления отсутствуют или отрывочны воспоминания о периоде помрачения сознания.

Дезинтеграция сознания — это корковое нарушение связей, т.е. более сложное расстройство, чем простое выключение сознания. В этой группе чаще всего выделяют делирий, онейроид, аменцию и сумеречные состояния сознания.

Делирий (от лат. *delirium* — безумный) характеризуется преобладанием у больных наплывов ярких сценopodobных истинных зрительных галлюцинаций. Делириозное помрачение сознания обычно усиливается к вечеру и ночью, а днем могут наступать периоды относительного прояснения сознания. Поведение больного зависит от содержания психопатологической продукции. Воспоминания на период делирия после выздоровления сохраняются частично. Типичный пример делирия — алкогольная «белая горячка».

Онейроид (от греч. *oneiros* — сновидение) характеризуется преобладанием у больных наплывов фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы. Больные полностью дезориентированы и погружены в свой внутренний мир или сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную, и кажущуюся действительность. Воспоминания о пережитом сохраняются частично, причем больные обычно забывают реальные события, но помнят свои болезненные фантастические переживания. Онейроид чаще наблюдается при тяжелых инфекциях и шизофрении.

Менее глубокое помрачение сознания наблюдается при ониризме («бред сновидений»), когда нарушается дифференцировка между сновидениями и реально происходящим вокруг. Бред является как бы продолжением очень ярких сновидений и сновидных переживаний, чаще приятных. После пробуждения убежденность в реальности виденного во сне, его актуальность постепенно уменьшаются.

Аменция (от лат. *amentia* — бессмыслие) характеризуется состоянием спутанности сознания в силу острой потери способности синтеза восприятий и образования причинно-следственных ассоциаций (инкогеренция, бессвязанность

мышления). Поведение определяется растерянностью с аффектом недоумения. Нарушены все виды ориентировки, а речь больного состоит из обрывков воспоминаний. Амнезия после выздоровления полная, распространяющаяся на весь период аменции. Аментивные состояния бывают после тяжелых травм мозга, при тяжелых и длительных заболеваниях, приводящих к истощению нервной системы (интоксикации, инфекции).

Сумеречное расстройство сознания характеризуется резким сужением сознания, при этом внешние впечатления либо совсем не доходят до больного, либо доходят неполностью. Внимание приковывается к одному объекту с возможностью внешне упорядоченных и даже сложных действий. При сумеречных расстройствах сознания могут быть и галлюцинаторно-бредовые переживания, обуславливающие внезапные и опасные для окружающих поступки — бегство, нападение. Сумеречное состояние всегда начинается и заканчивается внезапно, длится от нескольких минут до нескольких дней, амнезия перенесенного полная. Чаще сумеречные состояния наблюдаются при органических заболеваниях мозга (поражение медиальных отделов височной области мозга), эпилепсии, просоночных состояниях, патологическом опьянении, а также после тяжелых внезапных психических травм (патологический аффект).

При некоторых видах сумеречного расстройства сознания психогенного характера («истерические, диссоциативные сумерки») возможен частичный контакт с больным, его поведение и отдельные высказывания отражают психотравмирующую ситуацию, вызвавшую состояние. Следует отметить, что именно при этом варианте сумеречного состояния возможно «оживление» воспоминаний перенесенного в состоянии гипнотического сна (гипноанализ).

Как вариант сумеречного расстройства сознания рассматриваются и состояния амбулаторного автоматизма. К нему относятся случаи снохождения (сомнамбулизма) и состояния транса. Последний может длиться даже несколько недель при внешне упорядоченном поведении. Однако внезапно выйдя из него, больной не может отдать себе отчета, почему он оказался в данном месте и что собирался делать. От сумеречных состояний следует отличать особые состояния

сознания (Гуревич М.О., 1949), которые периодически проявляются относительно поверхностными нарушениями сознания с признаками деперсонализации и дереализации, а также симптомами «уже виденного» (*deja vu*) и «никогда не виденного» (*jamaais vu*). Последние симптомы часто появляются при поражении медиальных отделов височной области мозга. Среди нарушений сознания они занимают особое место, так как не сопровождаются амнезией. К этой группе относят и ауру перед эпилептическим припадком, о которой у больного также сохраняется воспоминание.

#### Нарушения самосознания

К. Ясперс противопоставил сознание собственного «Я» предметному сознанию и выделил четыре главных признака самосознания, нарушение которых является типичным при психической патологии:

- 1) чувство деятельности — осознание себя как существа активного;
- 2) осознание собственного единства в каждый момент времени;
- 3) осознание собственной идентичности;
- 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего того, что не является «Я».

Таким образом, к главным клиническим критериям нарушения самосознания можно отнести расстройство сознания своего «Я» как личности и отсутствие или искажение сознания субъективной принадлежности собственных психических актов (Семенов С.Ф., 1966).

Деперсонализация — нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении самого себя, своего «Я». Субъективно она всегда неприятна и может существовать длительно или проявляться приступами. Чувство отчужденности собственного «Я» может касаться как отдельных соматических или психических функций, так и личности в целом. Обычно деперсонализация появляется только с подросткового возраста, хотя отдельные ее элементы возможны уже в возрасте 8-10 лет. У детей преддошкольного и дошкольного возраста такие проявления, как игровое перевоплощение, отсутствие ощущения сытости, удовлетворения жажды, утрата сознания пола или возраста и ряд других, некоторые исследователи также

относят к рудиментарным проявлениям деперсонализации (Башина В.М., 1980). В виде отдельных эпизодов деперсонализация может встречаться у здоровых людей на фоне переутомления, волнения или недосыпания. Однако чаще всего деперсонализация возникает при депрессии и шизофрении.

При соматопсихической деперсонализации возникает чувство чуждости всего тела либо его частей или даже их исчезновения. В отличие от нарушений «схемы тела» (перцептивное расстройство), здесь нет ощущения изменений пропорций тела или его частей. Больные сообщают, что тела (или его частей) просто нет, они не чувствуют его (их). Больной иногда не может понять, сыт он или голоден, хочется ему в туалет или нет. Даже иногда возникает чувство исчезновения жизни и собственного существования (витальная деперсонализация).

При аутопсихической деперсонализации возникает чувство чуждости отдельных психических функций или своего «Я» в целом. Когда это касается отдельных психических функций, то больные говорят об исчезновении чувств (болезненное, неприятное чувство «отсутствия чувств» — *anaesthesia dolorosa psychica*); сообщают, что им кажутся чуждыми собственная речь, мысли или свое прошлое. В некоторых случаях у больных возникает болезненное ощущение исчезновения своей личности и изменения своего «Я». При этом имеется в виду, что больные как бы наблюдают себя со стороны, сообщая, что они становятся какими-то другими, — столь безжизненным и лишенным реальности становится осознание ими самих себя.

Принципиальная важность положения о том, что именно мозг в целом является носителем сознания и самосознания, отчетливо прослеживается в клинике нарушений сознания вследствие избирательного поражения правого или левого полушария (Браги-на Н.Н., Доброхотова Т.А., 1990).

У правшей при поражении правого полушария наиболее часто наблюдаются нарушения сознания с утратой чувства реальности и собственной личности. Окружающий мир может потерять для них свое объективное значение. Иногда больные воспринимают только правую половину внешнего мира, а его левая половина заменяется прошлыми воспоминаниями.

При поражении левого полушария у правой возникают иные состояния сознания — с «провалами мыслей» или, напротив, с переживанием множества мыслей, мешающих друг другу. Нередки случаи кратковременного отключения сознания (сумеречные состояния), при которых больной может сохранять психомоторную активность.

У левшей особенности нарушения сознания не так сильно зависят от стороны поражения мозга. Преобладают обычно повторяющиеся полимодальные (зрительные, слуховые, осязательные и др.) галлюцинации. Иногда у этих больных появляются особые способности, например «видение» кожей, восприятие того, что не находится в пределах достигаемости зрительного пространства, и др.

#### Проблема измененных состояний сознания

Многие психологи и психиатры полагают, что термин «измененные состояния сознания» следует применять только при описании психики здоровых людей. Другие расширяют понимание измененных состояний сознания, считая нарушения сознания, известные в психиатрии, лишь другим полюсом в континууме «нормальное сознание — нарушенное сознание». Таким образом, вся промежуточная область между этими полюсами и будет относиться к измененным состояниям сознания.

В любом случае измененные состояния сознания — это состояния сознания, которые отличаются от обычного, нормального состояния сознания человека, но не являются патологическими в психиатрическом понимании. Пути к их появлению многочисленны — они могут быть вызваны алкоголем, наркотиками, гипнозом, медитацией, глубокой молитвой, сенсорной депривацией или звуками и вспышками света определенного ритма. Измененное состояние сознания можно фиксировать у человека в экстремальных состояниях и при сильных эмоциях. К ним можно отнести и особые состояния сознания, которые переживают больные эпилепсией и мигренью во время ауры наступающего приступа.

Ограничить поле экстравертированного сознания с «погружением» в глубинное «Свое» можно путем концентрации внимания на мыслях, дыхании или телесных ощущениях, этому способствуют и ритмические танцы.

Измененные состояния сознания часто получают с помощью самых различных техник медитации. В европейской культуре получила большое распространение трансцендентальная медитация, которая основана на использовании особого слова — мантры. Последняя состоит из звуков, которые легко вступают в резонанс с электрической активностью мозга. Субъект должен повторять свою мантру (ОМ, ЭНГ, ШИРИМ...) сначала вслух, а потом про себя до тех пор, пока он не достигнет состояния полной расслабленности. Причем рекомендуется использовать мантру «ЕМА» лицам 16—20 лет, «ИНГ» — 18-20 лет, «ОМ» — 20-22 лет и т.д.

К настоящему времени в науке все заметнее тенденция понимания сознания не как однородного состояния, а как континуума состояний сознания. Еще в начале XX в. психолог и философ У. Джеймс писал что «наше бодрствующее сознание есть не более чем один особый тип сознания, в то время как повсюду вокруг него лежат совершенно другие, потенциальные формы сознания, отделенные тончайшей преградой». Измененные состояния сознания сейчас даже рассматриваются как неотъемлемая составляющая нормальной психической деятельности здорового человека (Спивак Л.И Спивак Д.Л., 1988).

Американский психиатр С.Х. Фишер в 1977 г. взаимные переходы из одного состояния сознания в другое представил в виде схемы — «карты внутреннего пространства». По его мнению, погружение в измененные состояния может осуществляться по двум «склонам» сознания: через пассивное бодрствование и расслабление, контролируемое парасимпатической нервной системой (континуум «расслабление—медитация»), и через активацию, «сверхбодрствование» контролируемое симпатической нервной системой (континуум «активное восприятие-галлюцинация»).

Наблюдения показывают, что человек иногда может вспомнить определенные события только тогда, когда он вновь окажется в том же состоянии когда

эти события произошли, — в противном случае он ничего не помнит. Таким образом, для человека возможен ряд различных существований, которые могут продолжаться от одного психологического кризиса (или сновидения, приступа шизофрении) к другому.

### **Тема 13 Личность и болезнь**

В центре внимания клинического психолога, работающего в соматической 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”. 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.

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.

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 трудиться, относясь к родам как к обычному явлению не сопряженному с



болевыми ощущениями. Фактически подобная predisposition 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 находиться 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 (S.Wienstein). 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.

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 существование 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 и 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 похудения. Они начинают истязать себя строжайшими диетами, голоданием, тяжелыми физическими упражнениями. Речь идет о тех случаях, когда фактически по медицинским критериям не обнаруживаются 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 относиться 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.

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 относиться 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 повышено 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.

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 интроверсии.

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 — *“стойческая”* 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. *“Стойческая”* традиция основывается на девизе:

*“Не хнычь”*. Противоположна ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью. Когда родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего 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 относиться 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.

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 замоливать 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 — дальнорюбая”). 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.

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 факторов: 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 этом 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 сенсibilизированным 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 заболевшего 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 ипохондрическим 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 само-генеза 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 неблагоприятного 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.

Анозогностический. 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.

Эргонатический. “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 обследованию 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 злему 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.

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента (реального или потенциального) сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.

2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или палиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

В данном разделе приведены данные о психологических особенностях больных с различными соматическими (непсихическими) заболеваниями, сгруппированными по традиционно принятым в медицине дисциплинам: хирургические, терапевтические, инфекционные, гинекологические и некоторые иные. Учитывая особую значимость онкологической патологии и психологических реакций человека, данная группа освещена отдельно. Основное различие терапевтической и хирургической патологии с точки зрения психологического отношения к ним заключено в характере протекания болезненных процессов — при терапевтической существенным становится параметр длительности (хроничности), при хирургической — операционный стресс.

#### **Тема 14 Психология лечебного процесса**

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. Исходя из основной цели лечебного взаимодействия, можно было бы предположить о неоднозначности ценностей контактов в системе медицинский работник-пациент. Однако, не следует думать о заинтересованности

в таком взаимодействии лишь со стороны пациента. Медицинский работник в не меньшей степени заинтересован в оказании помощи больному, ведь эта деятельность является его профессией, а значит у него есть собственные мотивы и интересы взаимодействовать с пациентом, позволившие выбрать данную профессию.

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. В первую очередь, коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача, медицинской сестры, психолога или социального работника. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна для обеих сторон. Это связано с тем, что 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.

Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, как правило, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема или симптом. Негативные эмоциональные переживания облигатно входят в структуру любой проблемы или симптома, поскольку они сигнализируют о каких-то отклонениях или нарушениях в деятельности личности или

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, характеризующим “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 показали, что все перечисленные факторы 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 акушерско-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 национальных 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 гетеро-сексуалов 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 предпочтение 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 выстраивает 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.

Л.Коузер разделяет конфликты нереалистические (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 поведении 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. В 1 главе были приведены этические требования при проведении психологического интервью в клинической психологии. Помимо них наиболее 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 действия, 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, облачая 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.

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, Т.А. 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 Гиппократова 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 Гиппократова 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. Раньше подобная проблема решалась в пользу общества. Т.е. добродетелью считалась однозначная помощь обществу в ущерб личности. В учебниках, по которым продолжают учиться будущие врачи, написано: “В условиях советского государства общественные интересы народа настолько актуальны, что запрещение врачу раскрывать секреты, почерпнутые из общения с больным, принесло бы вред общему делу”. При этом общественные интересы незаслуженно расширялись.

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?

Врач решает эту задачу в настоящее время “индивидуально”, но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

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.Хме-

левская, Г.В.Малежко). Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания мешает 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). С целью утверждения правоты той или иной позиции предпринимались попытки статистических исследований. Так, А.Реск провел исследование степени информированности онкологически больных о своем диагнозе. При тщательном опросе он выявил, что только менее 10% больных при поступлении в клинику не знали своего диагноза. Остальные были хорошо информированы, но избегали говорить о своей болезни. Большинство больных пришли к соответствующим выводам самостоятельно на основе диагностических процедур. Тот факт, что такое большое количество больных знали или догадывались о своем диагнозе, противоречит представлению об анозогнозичности, однако то, что больные избегали активно обсуждать свое заболевание и не пытались пополнить или проверить свои знания, полученные самостоятельно и, очевидно, недостаточно полные, не очень согласуется с тем, что неопределенность автоматически приводит к отрицательным эмоциональным переживаниям. Следует предположить, что неопределенность может нести и защитные функции. “В сущности сообщение больному диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в другую, еще более важную сферу: в неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным” (А.Ш.Тхостов). И в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, чем зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

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. В то время, как отдаленные психические последствия

действия неопределенности до настоящего времени в научной литературе не нашли своего отражения. 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. Антиципационный тренинг, оказывавший в исследованиях адаптивное влияние на постоперационное психопатологическое симптомообразование, не противопоставляется “неопределенности”, которую проблематично создать на практике, а раскрывает вероятностный характер параметра определенность-неопределенность. Ведь в практической деятельности онкологов создать неопределенность практически невозможно, поскольку сообщение больному о злокачественном характере заболевания однозначно, а информирование пациента о доброкачественном характере его болезни по крайней мере двузачно (т.е. либо диагност прав, либо ошибается — сознательно или неосознанно). Таким образом, неопределенность переходит в категорию вероятностного прогнозирования. 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.

В практике могут встречаться еще более трудные в этическом отношении ситуации. Предположим, что к психиатру обращаются родители, усыновившие ребенка и через пять лет после усыновления отмечающие у него психические

отклонения. Что считать этически правильным поступком, сообщение им о наличии, к примеру, врожденного и терапевтически резистентного умственного дефекта у ребенка и тем самым невольное подталкивание к возврату ребенка в детский дом или же занятие позицию защиты ребенка и умолчания истинного диагноза заболевания?

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 имярек 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 бытовательском 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.E.Meyer). 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.

Патернализм 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 патернализма 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 происходить 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 — гипопараной-яльностью, враждебность — гипопараноидностью и т.д. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван “профессиональным кретинизмом”.

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

## **2.4.НАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА.**

### **Тема 1. Предмет и основные направления клинической психологии(2 ч)**

#### Семинарское занятия 1.

Цель - рассмотреть сущность клинической психологии, как отрасли психологического знания; определить исторические корни клинической психологии; установить тропность личности к выполнению профессиональных обязанностей в клинико-психологической сфере.

#### Вопросы для обсуждения

1. История развития клинической психологии..
- 2.Различные подходы к предмету клинической психологии. Связь с другими науками.
3. Клинический психолог, как личность, вопросы профессиональной пригодности.

#### Контрольные вопросы

1. Уточните вклад Ф.Гелля, В.Вундта, И.М. Сеченова, И.П.Павлова в развитие психологической науки.
2. Когда положено начало использования методов экспериментальной психологии в психиатрических клиниках?
3. Перечислите основные разделы клинической психологии.
4. Перечислите основные задачи общей и частной клинической психологии.
5. Выделите личностные особенности специалиста, оказывающего клинико-психологическую помощь.

#### Самостоятельная работа

Реферат

1. Психологические традиции отечественной медицины.

Литература для самостоятельной работы

Основная: № № 1,2,4,6,7.

Дополнительная: № № 2,3,8.

### **Тема 3. Психика и мозг. (2 ч)**

Семинарское занятие 2.

Цель – Ознакомиться с мозговой локализацией психических функций.

Вопросы для обсуждения

1. Структурная и функциональная организация нервной системы человека.
2. Нейрофизиологические основы психической деятельности человека.
3. Основные функциональные блоки мозга

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте клеточный уровень организации ЦНС.
2. Перечислите основные принципы деятельности ЦНС.
3. Опишите структурную организацию нервной системы человека.
4. Опишите различия между центральной и вегетативной нервной системой человека.
5. Перечислите и дайте описание основным функциональным блокам мозга.
6. В чем состоит теория системной локализации высших психических функций.

Самостоятельная работа

Реферат

1. Развитие центральной нервной системы в филогенезе и онтогенезе.

Литература для самостоятельной работы

Основная: № № 1,2,4,6,7.

Дополнительная: № № 2,3,8.

## **Тема 6. Нарушения восприятия (2 ч)**

### **Семинарское занятие 3**

Цель – рассмотреть общие закономерности и основные свойства ощущения, восприятие, представления в норме и патологии. Изучить феноменологию нарушения восприятия при различных психических расстройствах.

#### **Вопросы для обсуждения**

1. Качественные и количественные нарушения ощущений и восприятия.
2. Мозговая локализация симптомов.
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушенного восприятия.

#### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение сущности ощущений
2. Расскажите о структуре и классификации анализаторов.
3. Перечислите и опишите качественные и количественные расстройства ощущений.
4. Каковы характерные черты восприятий и их отличие от ощущений.
5. Перечислите качественные и количественные виды нарушенного восприятия.
6. Перечислите виды иллюзий и галлюцинаций.
7. Охарактеризовать отличия истинных и ложных галлюцинаций.
8. Обосновать психофизиологические теории природы галлюцинации.
9. Охарактеризовать понятие агнозии

#### **Самостоятельная работа**

## Рефераты

- 1.Строение и функции зрительного анализатора.
2. Строение и функции слухового анализатора.
3. Строение и функции кожно-кинестетического анализатора
4. Строение и функции анализатора вкуса и обоняния

### Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,6,7.

Дополнительная: 3.9.11,12

## **Тема 7. Нарушения эмоционально-волевой сферы (2 часа)**

### Семинарское занятия 4

**Цель** – Изучить физиологические механизмы эмоций в норме и патологии.

Ознакомиться с видами нарушений в эмоционально-волевой сфере

### Вопросы для обсуждения

1. Основные параметры эмоции и их функции.
- 2.Мозговая организация эмоций.
- 3.Нарушения эмоций и проблема межполушарной асимметрии мозга..

### Контрольные вопросы

1. Классификация эмоций.
2. Перечислите отличия эмоции от когнитивных процессов
3. Охарактеризуйте виды эмоциональных расстройств.
4. Дайте определение патологическому аффекту.
5. Перечислите критерии дифференциальной диагностики патологического и физиологического аффектов.
6. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений эмоций и мотивационно-личностной сферы.
7. Приведите схему волевого акта.
8. Каковы физиологические основы волевых действий?

## Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Волевые качества личности.
2. Развитие эмоций в филогенезе и онтогенезе.
3. Индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,6,7.

Дополнительная: 3,9,11,12.

## **Тема 8. Нарушения памяти (2 часа)**

Семинарское занятия 5

**Цель** – Изучить феноменологию нарушений мнестических процессов.

Вопросы для обсуждения

1. Психологическая организация процессов памяти
2. Феноменология нарушений памяти
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений памяти.

Контрольные вопросы

1. Дайте классификацию видов памяти.
2. Перечислите и раскройте содержание основных качественных нарушений памяти.
3. Перечислите и раскройте содержание основных количественных нарушений памяти.
4. Амнезия в структуре органического и функционального повреждения центральной нервной системы, ее виды.
5. Перечислите и обоснуйте методы экспериментально-психологического исследования нарушений памяти



## Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Современные теории памяти.
2. Формирование и развитие памяти в онтогенезе.
3. Индивидуально-психологические особенности проявлений мнестических процессов.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,6,7.

Дополнительная: 3,9,11,12.

## Тема 9. Патология мышления (2 часа)

Семинарское занятия 6

**Цель** – Изучить феноменологию нарушений когнитивных процессов.

Вопросы для обсуждения

1. Психологическая структура интеллектуальной деятельности.
2. Феноменология нарушений мышления при различных психических расстройствах
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений мышления.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение мышления
2. Расскажите о содержательных и операциональных компонентах мышления.
3. Виды, методы и типы мышления.
4. Охарактеризуйте нарушение ассоциативного процесса мышления.
5. Охарактеризуйте нарушения личностного компонента мышления.
6. Охарактеризуйте нарушения темпа и подвижности мышления.
7. Охарактеризуйте нарушения мышления по целенаправленности.

8. Дайте характеристику бредовых идей.
9. Перечислите и охарактеризуйте основные формы бреда.
10. В чем отличие бредовых, сверхценных, навязчивых и доминирующих идей?
11. Обоснуйте целенаправленность применения методов экспериментально-психологического исследования нарушений мышления.

#### Самостоятельная работа

##### Рефераты

1. Современные представления о мышлении:
2. Развитие мышления в онтогенезе.
3. Патологические формы воображения.

##### Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,6,7.

Дополнительная: 3,9,11,12.

#### **Тема 12. Нарушения сознания(2 часа)**

##### Семинарское занятия 7

**Цель** – Изучить феноменологию нарушений сознания, когнитивных процессов.

##### Вопросы для обсуждения

1. Сознание как философская, медицинская и психологическая категория.
2. Феноменология нарушений сознания при различных психических расстройствах
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений сознания.

##### Контрольные вопросы

1. Каково определение сознания в философии?
2. Охарактеризуйте понимание категории сознания в медицине.
3. Опишите понимание понятия сознание в современной психологии.

4. Опишите структуру сознания.
5. Дайте сравнительные характеристики осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности.
6. Перечислите и опишите основные виды исключения сознания.
7. Перечислите и опишите основные виды помраченного сознания.
8. Опишите нарушения самосознания.

### Самостоятельная работа

#### Рефераты

- 1.Формирование сознания в онтогенезе.
- 2.Современные представления о физиологическом субстрате сознания.
- 3.Проблема измененных состояний сознания в норме и патологии.

#### Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,6,7.

Дополнительная: 3,9,11,12,16.17.

### **Тема 13. Личность и болезнь(2 часа)**

#### Семинарское занятия 8

**Цель** Изучение клинических особенностей и разнообразия факторов способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

#### Вопросы для обсуждения

- 1.Психосоматические и соматопсихические взаимоотношения в норме и патологии .
2. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов
3. Личностные профили и прогноз здоровья и болезни.

#### Контрольные вопросы.

1. В чем состоит влияние соматических заболеваний на психику человека.
2. Охарактеризуйте типологию психосоматических расстройств.
3. Личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями.
4. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов
5. Опишите переживания болезни во времени
6. Дайте определение внутренней картины болезни и здоровья.
7. Охарактеризуйте масштабы переживания болезни.
8. Опишите типы отношения к болезни ( А.Е.Личко 1989).
9. Дайте сравнительную характеристику типологии личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А.,1982).
10. Охарактеризуйте структуру внутренней картины болезни.

#### Самостоятельная работа

Рефераты:

1. Возрастные особенности внутренней картины болезни и здоровья.
2. Общие подходы к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии.

Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,3,6,7.

Дополнительная: 2,3,4,7,8,9,16,18.

### **Тема 13. Психология лечебного процесса (2 часа)**

Семинарское занятия 9

**Цель:** Знакомство с возможностями оптимизации лечебно-оздоровительного процесса в клинических условиях.

. Вопросы для обсуждения

1. Медицинская этика и деонтология.

2. Основные формы психологического взаимодействия между мед. персоналом и больным.

3. Основы психогигиены и задачи психопрофилактики

#### Контрольные вопросы.

1. Дайте определение понятию психопрофилактика, перечислите ее уровни, цели и методы.

2. Дайте характеристику объективным и субъективным факторам нарушения психического и психологического здоровья личности.

3. Каковы оптимальные личностные и характерологические свойства специалиста, работающего в медицинской сфере. Критерии профессиональной пригодности к медицинской деятельности.

4. Дайте определение понятий медицинской этики и деонтологии.

5. Перечислите и обоснуйте базисные принципы биомедицинской этики.

6. Опишите варианты профессиональной деформации медицинских работников.

7. Оцените основные формы психологического взаимодействия между врачом и больным.

8. Дайте определение и охарактеризуйте виды плацебо.

9. Факторы, влияющие на плацебо-эффект.

10. Общие принципы плацеботерапии.

#### Самостоятельная работа

##### Рефераты:

1. Методики установления психологического контакта между персоналом лечебного учреждения и больным человеком.

2. Исследование взаимоотношений врача и больного в отечественной психологии и психотерапии.

#### Литература для самостоятельной работы

Основная: №№ 1,2,6,7.

Дополнительная: 1,2,3,4,6,9,14,18,19

## 2.5 ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Исторические предпосылки возникновения понятия «психика».
2. Социальная опосредованность психики человека.
3. Основные методы психодиагностического исследования.
4. Клеточный уровень организации Н. С.
5. Структурная организация Н. С.
6. Факторы формирования личности человека.
7. Учение о психологической травме.
8. Механизмы психологической защиты.
9. Психологические основы психотерапии.
10. Понятие и структура индивидуальности
11. Конституция, конституционально-морфологические типы.
12. Типы темперамента. Эмоциональность, скорость мышления, скорость двигательных актов, общительность при разных типах темперамента.
13. Определение «характера» в медицинской психологии. Понятие акцентуации характера.
14. Личность в гуманистических теоретических концепциях.
15. Личность в когнитивно-поведенческих теоретических концепциях.
16. Личность в психодинамических теоретических концепциях.
17. Аггравация, симуляция и диссимуляция при медицинских состояниях.
18. Алекситимия. Гипо- и анозогнозия.
19. Развитие учения о стрессе.
20. Понятие стресса и стрессового процесса.
21. Представления о психологических защитах.
22. Определение и классификация копинг-поведения.
23. Объем и форма сообщаемых сведений о состоянии больного. Подход к больным с неблагоприятным прогнозом.
24. Ятрогении.
25. Понятие врачебной тайны.

26. Понятие психотерапии и психологического консультирования, их цели, задачи.
27. Гуманистическое направление в психотерапии:
28. Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии
29. Психодинамическое направление в психотерапии.
30. Психогигиена: определение, основные направления, междисциплинарный характер, общие задачи.
31. Определение и типология девиантного поведения.
32. Делинквентное поведение.
33. Аддиктивное поведение.
34. Гетероагрессивное поведение.
35. Аутоагрессивное поведение.
36. Нарушения пищевого поведения.
37. Сексуальные девиации и перверсии

## **2.6 ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Психологические традиции отечественной медицины
2. Строение и функции зрительного анализатора.
3. Строение и функции слухового анализатора.
4. Строение и функции кожно-кинестетического анализатора
5. Строение и функции анализатора вкуса и обоняния
6. Волевые качества личности.
7. Развитие эмоций в филогенезе и онтогенезе.
8. Индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.
9. Современные теории памяти.
10. Формирование и развитие памяти в онтогенезе.
11. Индивидуально-психологические особенности проявлений мнестических процессов.

- 12.Современные представления о мышлении:
- 13.Развитие мышления в онтогенезе.
- 14.Патологические формы воображения.
- 15.Формирование сознания в онтогенезе.
- 16.Современные представления о физиологическом субстрате сознания.
- 17.Проблема измененных состояний сознания в норме и патологии.
18. Возрастные особенности внутренней картины болезни и здоровья.
- 19.Общие подходы к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии.
- 20.Методики установления психологического контакта между персоналом лечебного учреждения и больным человеком.
21. Исследование взаимоотношений врача и больного в отечественной психологии и психотерапии.

## **2.7 ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА**

1. Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов.
2. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.
3. Реферат является допуском к экзамену.
4. Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.
5. Объем реферата – не менее 10 страниц формата А4.
6. Реферат должен иметь:
  - титульный лист, оформленный согласно «Стандарта предприятия»;
  - содержание;
  - текст должен быть разбит на разделы согласно содержания;



- заключение;
  - список литературы не менее 5 источников.
7. Обсуждение тем рефератов проводится на тех семинарских занятиях, по которым они распределены. Это является обязательным требованием. В случае не представления реферата согласно установленного графика (без уважительной причины), студент обязан подготовить новый реферат.
  8. Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.
  9. Сдача реферата преподавателю обязательна

## **2.8. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ И ЭКЗАМЕНУ**

1. Клиническая психология как отрасль психологической науки.
2. Предмет и структура клинической психологии.
3. История становления медицинской психологии как области психологической науки.
4. Патопсихологическое исследования в клинической психологии
5. Теоретические и практические задачи клинической психологии.
6. Клинико-психологическая диагностика как наиболее важная задача клинического психолога.
7. Клинико-психологические формы воздействия: психологическая коррекция и психотерапия.
8. Методологические основы отечественной клинической психологии
9. Понятие психического здоровья. Понятие психической "нормы".
10. Основные разделы клинической психологии.
11. Психотерапия в рамках клинической психологии. Этические аспекты в психотерапии.
12. Феноменология нарушения восприятия при психических расстройствах. Иллюзии, галлюцинации.

13. Проблема афазии. Мозговые локализации и структура нарушений речи при различных формах афазии.
14. Психологическая структура речи. Феноменология нарушений речевой деятельности
15. Психологическая организация процессов памяти. Современные теории нарушений памяти
16. Феноменология нарушений памяти. Амнезии, гипомнезии, гипермнезии. Антеро-ретроградная амнезия, прогрессирующая амнезия. Конфабуляции, псевдореминисценции..
17. Современные представления о мышлении. Феноменология нарушений мышления при различных психических расстройствах.
18. Категория сознания в психологии и медицине.
19. Виды нарушений сознания при различных психических расстройствах. Нарушения сознания при органических поражениях мозга.
20. Учение о характере: понятие акцентуации и психопатии
21. Характеристика клинического интервьюирования, как метода исследования в клинической психологии
22. Психологические аспекты лекарственной терапии. Плацебо эффект.
23. Психосоматические и соматопсихические соотношения в пределах нормы и патологии
24. Структура клинической психологии и ее связь с другими науками.
25. Типы психосоматических расстройств.
26. Соотношение осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности.
27. Концепции личности в зарубежной психологии с точки зрения изучения неврозов и психотерапевтической практики ( психоанализ).
28. Влияние соматических заболеваний на психику человека.
29. Концепции личности в зарубежной психологии с точки зрения изучения неврозов и психотерапевтической практики (неофрейдизм).
30. Проблема нормы и патологии в клинической психологии.

31. Структура внутренней картины болезни.
32. Концепции личности в зарубежной психологии с точки зрения изучения неврозов и психотерапевтической практики (бихевиоризм).
33. Концепции личности в зарубежной психологии с точки зрения изучения неврозов и психотерапевтической практики (экзистенциальная психология).
34. Роль психологических факторов в этиологии неврозов.
35. Концепции личности в зарубежной психологии с точки зрения изучения неврозов и психотерапевтической практики (гуманистическая психология).
36. Переживания болезни во времени.
37. Вопросы взаимоотношений врача и больного в клинической психологии.
38. Общая характеристика подходов к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии в современной психологии.
39. Методы и средства психокоррекционного воздействия.
40. Исследование взаимоотношений врача и больного в отечественной психологии и психотерапии.
41. Внутренняя картина болезни и здоровья. Возрастные особенности.
42. Переживание болезни во времени. Масштаб переживания болезни.
43. Типы отношения к болезни (А.Е.Личко 1989).
44. Типы личностной реакции на заболевания (Якубов Б.А., 1982).
45. Этиология, патогенез, клинические проявления шизофрении, терапевтические стратегии.
46. Этиология, патогенез, клинические проявления судорожных и бессудорожных форм эпилепсии, терапевтические стратегии.
47. Этиология, патогенез, клинические проявления, типология неврозов, терапевтические стратегии
48. Этиология, патогенез, клинические проявления маниакально-депрессивного психоза, терапевтические стратегии.

49. Основные вопросы суицидологии. Факторы риска летальности. Стратегия психологической интервенции.
50. Акцентуации характера и психопатии. Причины возникновения, типология проявлений. Дифференциальная диагностика.

## **2.9. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ**

Итоговая экзаменационная оценка знаний студента оценивается по пятибалльной системе. При этом учитываются: выполнение самостоятельной работы, участие студента в обсуждении тем семинарских занятий и раскрытие вопросов экзаменационного билета. Если студент не выполнил самостоятельную работу, то экзаменационная оценка понижается на один балл.

Оценка «отлично» - материал усвоен в полном объеме, изложен логично, сделаны выводы, самостоятельная работа выполнена.

Оценка «хорошо» - в усвоении материала имеются некоторые пробелы, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие.

Оценки «удовлетворительно» - не полные ответы на вопросы билета, затрудняется отвечать на дополнительные вопросы.

Оценка «неудовлетворительно» - самостоятельная работа не выполнена, ответы не раскрывают вопросы экзаменационных билетов

## 2.10 . ТЕСТЫ

### для проверки остаточных знаний

оценка	правильных	неверных	% правильных
«отлично»	57	3	95 %
«хорошо»	56-45	4-15	75 %
«удовлетворительно»	44-36	16-24	60 %
«неудовлетворительно»	менее 36	более 24	61 %

#### **Программированный контроль знаний:**

**Вопрос 1.** К методам исследования в клинической психологии относится все за исключением одного:

- а) патопсихологическое исследование
- б) клиническое интервьюирование
- в) нейропсихологическое исследование
- г) тестирование индивидуально-психологических особенностей
- д) амитал-кофеиновое растормаживание

**Вопрос 2.** К принципам клинического интервьюирования относится все за исключением одного:

- а) алгоритмизованность
- б) доступность
- в) беспристрастность
- г) стереотипность
- д) проверяемость

**Вопрос 3.** Длительность первого интервью должна составлять:

- а) 20 минут
- б) 30 минут
- в) 40-50 минут.
- г) время не ограничено

**Вопрос 4.** Гарантия конфиденциальности предоставляется клиенту на:

- а) 1 этапе интервью
- б) 2 этапе интервью
- в) 3 этапе интервью
- г) 4 этапе интервью
- д) 5 этапе интервью

**Вопрос 5.** Метод пиктограмм используется для исследования:

- а) памяти
- б) внимания
- в) интеллекта
- г) эмоций
- д) сознания

**Вопрос 6.** Методика Мюнстерберга используется для исследования:

- а) памяти
- б) внимания
- в) эмоций
- г) мышления
- д) интеллекта

**Вопрос 7.** Совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях называют:

- а) патопсихологическим синдромом
- б) патопсихологическим симптомом
- в) патопсихологическим феноменом

**Вопрос 8.** Тест Люшера используется для оценки:

- а) степени мнестических нарушений
- б) выраженности интеллектуального развития
- в) мыслительных особенностей
- г) ясности сознания
- д) эмоциональных переживаний

**Вопрос 9.** Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется:

- а) тактильностью
- б) стереогнозисом
- в) эмпатией
- г) рефлексией
- д) агнозией

**Вопрос 10.** Миннесотский многопрофильный опросник личности позволяет выявить:

- а) нейропсихологические симптомы
- б) патопсихологические феномены
- в) личностный профиль
- г) свойства темперамента

- д) интеллектуальные способности
- д) нейропсихологические особенности

**Вопрос 11.** Эффект Зейгарник относится к психологическому процессу:

- а) вниманию
- б) памяти
- в) эмоциям
- г) мышлению
- д) воле

**Вопрос 12.** Минимальная величина раздражителя, вызывающего едва заметное ощущение называется:

- а) абсолютным верхним порогом ощущений
- б) абсолютным нижним порогом ощущений (порогом чувствительности)
- в) болевым порогом
- г) дифференциальным порогом ощущений
- д) оперативным порогом ощущений

**Вопрос 13.** Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или

суставах называются:

- а) экстероцептивными
- б) интероцептивными
- в) проприоцептивными
- г) экстракампинными
- д) эндоцептивными

**Вопрос 14.** Расстройство восприятия, при котором происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных особенностей объекта называется:

- а) физическими иллюзиями
- б) парейдолическими иллюзиями
- в) фантастическими галлюцинациями
- г) фантастическими псевдогаллюцинациями
- д) эйдетизмом

**Вопрос 15.** Расстройство узнавания частей собственного тела называется:

- а) соматоагнозией
- б) соматоморфией
- в) дисморфофобией
- г) симптомом Фреголи
- д) симптомом Капгра

**Вопрос 16.** Внимание обладает всеми нижеследующими свойствами за исключением:

- а) устойчивости
- б) сосредоточенности
- в) распределения
- г) длительности

д) объема

**Вопрос 17.** Средний объем внимания человека составляет:

- а) 1-3 единиц информации
- б) 3-5 единиц информации
- в) 5-7 единиц информации
- г) 7-9 единиц информации
- д) 9-11 единиц информации

**Вопрос 18.** Расстройство памяти, характеризующееся нарушением запечатления получаемой человеком информации и резко ускоренным процессом забывания, называется:

- а) антероградной амнезией
- б) ретроградной амнезией
- в) фиксационной амнезией
- г) антероретроградной амнезией
- д) Корсаковским амнестическим синдромом

**Вопрос 19.** Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называется:

- а) конфабуляцией
- б) реминисценцией
- в) псевдореминисценцией
- г) перфорационной амнезией
- д) гипомнезией

**Вопрос 20.** Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления называется:

- а) инертностью
- б) резонерством
- в) персеверацией
- г) соскальзыванием
- д) разноплановостью

**Вопрос 21.** Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием патологического аффекта является:

- а) наличие агрессии
- б) наличие расстройств сознания
- в) наличие аутоагрессии
- г) наличие расстройств эмоциональной сферы
- д) наличие умственной отсталости

**Вопрос 22.** Алекситимией называется:

- а) неспособность испытывать яркие переживания
- б) неспособность сопереживать
- в) неспособность сконцентрировать внимание на своих чувствах
- г) неспособность даже короткое время быть в одиночестве



**Вопрос 23.** Канцерофобия — это:

- а) навязчивый страх заболеть раком
- б) сверхценная идея о наличии у человека раковой опухоли
- в) бредовая идея о наличии у человека раковой опухоли

**Вопрос 24.** К парабулиям относятся все нижеперечисленные расстройства за исключением:

- а) анорексии
- б) аутизма
- в) булимии
- г) пика беременных

**Вопрос 25.** Патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству называется:

- а) дипсоманией
- б) дромоманией
- в) клептоманией
- г) пироманией
- д) билимией

**Вопрос 26.** Грезоподобное нарушение сознания, сопровождающееся состояниями “зачарованности” или эйфории, называется:

- а) онейроидом
- б) делирием
- в) аменцией
- г) ступором
- д) сумеречным расстройством сознания

**Вопрос 27.** Среди больных невротами отмечается тенденция к увеличению лиц с:

- а) низким интеллектом
- б) высоким интеллектом
- в) средним интеллектом
- г) низким и высоким интеллектом —
- д) низким и средним интеллектом

**Вопрос 28.** Плацебо-эффект связан с:

- а) параметрами лекарственного вещества
- б) психологической установкой
- в) длительностью предъявления раздражителя
- г) наркотической зависимостью
- д) фактором неожиданности

**Вопрос 29** Невротический конфликт, который характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих, обозначается:

- а) истерическим
- б) обсессивно-психастеническим
- в) неврастеническим
- г) психопатическим

д) ипохондрическим

**Вопрос 30.** Наибольшую роль в появлении и формировании невротических расстройств играют свойства:

- а) высшей нервной деятельности
- б) темперамента
- в) характера
- г) личности
- д) все ответы верны

**Вопрос 31.** Расстройства, возникающие вследствие складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией, обозначаются:

- а) социально-стрессовыми психическими расстройствами
- б) микросоциальными стрессовыми расстройствами
- в) травматическим расстройством
- г) невротическими расстройствами
- д) личностными девиациями

**Вопрос 32.** Обсессии входят в структуру:

- а) истерического синдрома
- б) неврастенического синдрома
- в) ипохондрического синдрома
- г) обсессивно- фобического синдрома
- д) депрессивного синдрома

**Вопрос 33.** Агорафобия — это

- а) навязчивый страх замкнутых помещений
- б) навязчивый страх гор
- в) навязчивый страх высоты
- г) навязчивый страх открытых пространств
- д) навязчивый страх движущихся предметов

**Вопрос 34.** Психосоматические заболевания формируются, как правило, вследствие:

- а) острых психических травм
- б) хронических психических травм
- в) неожиданных психических травм
- г) внутриличностного конфликта
- д) межличностного конфликта

**Вопрос 35.** К классическим психосоматическим заболеваниям, входящим в т.н. “святую семерку” причисляют все нижеследующие за исключением:

- а) инфаркта миокарда
- б) паротита
- в) ревматоидного артрита
- г) язвенного колита
- д) бронхиальной астмы

**Вопрос 36.** Коронарный тип личности предрасполагает к:

- а) эссенциальной гипертонии
- б) язвенной болезни
- в) сахарному диабету
- г) инсульту
- д) инфаркту миокарда

**Вопрос 37.** Понятие “объективная тяжесть болезни”, в первую очередь, включает критерий:

- а) летальности
- б) психологической значимости
- в) болевой характеристики болезни
- г) внутренней картины болезни
- д) состояния органов и систем, диагностируемых с помощью клинических методов

**Вопрос 38.** Субъективное отношение к заболеванию называется:

- а) анозогнозией
- б) внутренней картиной болезни
- в) ипохондрией
- г) рефлексией
- д) эгоцентризмом

**Вопрос 39.** Порог болевой чувствительности ниже:

- а) у женщин
- б) у мужчин
- в) различий не обнаруживается

**Вопрос 40.** Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются:

- а) сексуальные расстройства
- б) заболевания, изменяющие внешность
- в) рак
- г) инфаркт
- д) инсульт
- д) представителей любого вероисповедания

**Вопрос 41.** Соматонозогнозия — это:

- а) невротическая реакция на болезнь
- б) невроз у соматически больного
- в) осознание собственной болезни
- г) неосознание наличия болезни
- д) ничего из перечисленного

**Вопрос 42.** Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит “бегство в болезнь” относится к:

- а) ипохондрическому типу
- б) эгоцентрическому типу
- в) эргопатическому типу

**Вопрос 43.** Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит т.н. “бегство в работу” относится к:

- а) ипохондрическому типу
- б) эгоцентрическому типу
- в) эргопатическому типу
- г) истерическому типу
- д) истероидному типу

**Вопрос 44.** Дисморфомания относится к психическим переживаниям, специфичным для лиц:

- а) зрелого возраста
- б) пожилых
- в) детей
- г) подростков
- д) все ответы верны

**Вопрос 45.** Типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции является:

- а) предоперационная активация
- б) предоперационный дистресс
- в) предоперационная фрустрация
- г) предоперационная тревога
- д) предоперационная истерия

**Вопрос 46.** Более адекватно реагируют на собственное постоперационное состояние лица с:

- а) высоким уровнем предоперационной тревоги
- б) умеренно выраженным уровнем предоперационной тревоги
- в) низким уровнем предоперационной тревоги
- г) тоскливым радикалом
- д) предоперационное состояние не оказывает существенного влияния

**Вопрос 47.** Постоянное и непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни называется:

- а) симуляцией
- б) истерическим синдромом
- в) ипохондрическим синдромом
- г) синдромом Ашафенбурга

**Вопрос 48.** “Синдром чужого сердца” встречается при:

- а) после перенесенного инфаркта миокарда
- б) после трансплантации донорского сердца
- в) после трансплантации искусственного сердца
- г) шизофрении
- д) психопатии

**Вопрос 49.** “В связи с возможностью полного феноменологического сходства

психической болезнью (психопатологическим симптомов) признается лишь то, что может быть таковой доказано” — гласит принцип:

- а) Курта Шнайдера
- б) презумпции психической нормальности
- в) эпохе
- г) Кандинского-Клерамбо
- д) Гуссерля

**Вопрос 50.** Диагностический принцип, при котором требуется “воздерживаться от преждевременных суждений” обозначается принципом:

- а) контекстуальности
- б) эпохе
- в) точности
- г) убедительности
- д) осторожности

**Вопрос 51.** Неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека обозначается термином:

- а) темперамент
- б) характер
- в) личность
- г) индивид
- д) индивидуальность

**Вопрос 52.** Возрастными психологическими кризами называют:

- а) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими изменениями внешности
- б) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями
- в) периоды резкого изменения отношения к родителям
- г) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психоэндокринными изменениями
- д) периоды резкого изменения отношения со сверстниками

**Вопрос 53.** “Комплекс оживления” характерен для:

- а) периода новорожденности
- б) периода младенчества
- в) юношеского периода
- г) периода зрелости
- д) периода преклонного возраста

**Вопрос 54.** Отсутствие “комплекса оживления” считается характерным признаком:

- а) синдрома раннего детского аутизма
- б) подростковой шизофрении
- в) шизофрении в позднем возрасте
- г) детских страхов
- д) пубертатного криза

**Вопрос 55** Кризис первого года жизни характеризуется:

- а) появлением социальных навыков
- б) потребностью к самостоятельности

- в) потребностью в близких отношениях с матерью
- г) становлением “комплекса оживления”
- д) становлением ходьбы и речи

**Вопрос 56.** Гипердинамический синдром является типичным для:

- а) новорожденных
- б) младенцев
- в) детей в возрасте 3-5 лет
- г) подростков
- д) пожилых людей

**Вопрос 57.** Ведущей деятельностью детей дошкольного и младшего школьного возраста является:

- а) учеба
- б) отдых
- в) развлечения
- г) хобби
- д) игра

**Вопрос 58.** Игровая деятельность, во время которой на длительный период человек способен “первоплотиться” в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет, называется:

- а) фантазированием
- б) патологическим фантазированием
- в) воображением
- г) галлюцинозом
- д) иллюзорной деятельностью

**Вопрос 59.** Реакция, выражающаяся настойчивым стремлением подростка добиться успеха в той области, в которой он слаб, называется:

- а) реакцией компенсации
- б) реакцией гиперкомпенсации
- в) реакцией оппозиции
- г) реакцией эмансипации
- д) реакцией достижения

**Вопрос 60.** “Кризис средних лет” наступает, как правило, в возрасте:

- а)  $20 \pm 2$  лет
- б)  $30 \pm 2$  лет
- в)  $40 \pm 2$  лет
- г)  $50 \pm 2$  лет
- д)  $60 \pm 2$  лет

**Вопрос 61.** Типичными психологическими особенностями пожилых людей являются все нижеперечисленные за исключением:

- а) эгоцентризма
- б) снижения общительности
- в) недоверчивости

г) тревожности

**Вопрос 62.** Паттерн, при котором у больного вырабатывается игнорирование наличия проблем или заболеваний, называется:

- а) апатический
- б) истерический
- в) ипохондрическим
- г) нозогнозическим
- д) анозогнозическим

**Вопрос 63.** Реакция эмансипации характерна для:

- а) пожилых
- б) младенцев
- в) престарелых
- г) зрелых лиц
- д) подростков

**Вопрос 64.** Одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния называется:

- а) криминальной
- б) делинквентной
- в) аддиктивной
- г) патохарактерологической
- д) психопатологической

**Вопрос 65.** Суицидальное поведение, связанное с кризисными ситуациями в жизни и личными трагедиями, называется:

- а) психогенным
- б) эгоистическим
- в) альтруистическим
- г) дистимическим
- д) анемическим

**Вопрос 66.** К эстетической категории суицидального поведения относится:

- а) место суицида
- б) время суицида
- в) способ суицида
- г) длительность суицида
- д) значимость суицида

**Вопрос 67.** Сексуальное влечение взрослого человека к подросткам называется:

- а) педофилией
- б) эфебофилией
- в) ювенилофилией
- г) геронтофилией
- д) промискуитетом

**Вопрос 68.** “Параноя здоровья” — это:

- а) сверхценное увлечение сыроедением
- б) сверхценное увлечение голоданием
- в) сверхценное увлечение оздоровительными процедурами
- г) сверхценное увлечение спортом
- д) все ответы верны

**Вопрос 69.** К способам психологической помощи относятся все нижеперечисленные за исключением:

- а) психологического консультирования
- б) психологической коррекции
- в) психологической защиты
- г) психотерапии в узком смысле
- д) психотерапии в широком смысле

**Вопрос 70.** Способ психологической помощи, при котором происходит формирование “личностной позиции” называется:

- а) психологическим консультированием
- б) психологической коррекцией
- в) психологической защитой
- г) психоанализом
- д) психиатрией

**Вопрос 71.** В рамках психологической коррекции происходит формирование:

- а) личностной позиции
- б) навыков аутогенной тренировки
- в) терапии невроза

**Вопрос 72.** Психотические и психопатологические симптомы и синдромы требуют использования:

- а) психологического консультирования
- б) психологической коррекции
- в) психотерапии

**Вопрос 73.** Изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо называется:

- а) манипулированием
- б) управлением
- в) воздействием
- г) психокоррекцией
- д) формированием

**Вопрос 74.** Информирование клиента является существенным методом психологической помощи при:

- а) психологическом консультировании
- б) психологической коррекции
- в) психотерапии в узком смысле



- г) психотерапии в широком смысле
- д) все ответы верны

**Вопрос 75.** К вариантам психологической защиты относят все нижеследующие за исключением:

- а) рационализации
- б) идентификации
- в) псевдофрустрации
- г) проекции
- д) вытеснения

**Вопрос 76.** Перевод одного вида “энергии” (например, сексуальной) в другой с формированием замещающей деятельности называется:

- а) вытеснением
- б) сублимацией
- в) проекцией
- г) переносом
- д) канализацией

**Вопрос 77.** Теория установки предложена:

- а) З.Фрейд
- б) В.Франкл
- в) В.Мясищев
- г) Д.Узнадзе
- д) никто из перечисленных

**Вопрос 78.** Исправление “иррациональных мыслей и идей” является основой:

- а) логотерапии
- б) экзистенциальной психотерапии
- в) поведенческой психотерапии
- г) трансактного анализа

**Вопрос 79.** Логотерапия — это:

- а) суггестивная психотерапия
- б) психотерапия с помощью поиска утраченного смысла
- в) метод глубинного психоанализа

**Вопрос 80.** Методика, построенная по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контроле его с помощью различных приборов называется:

- а) логотерапией
- б) прогрессивной мышечной релаксацией
- в) суггестией
- г) антиципационным тренингом
- д) биологически обратной связью

**Вопрос 81.** Методика, построенная по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние .

- а) поведенческая психотерапия
- б) прогрессивной мышечной релаксацией
- в) суггестией
- г) антиципационным тренингом
- д) биологически обратной связью

**Вопрос 82.** Методика, при которой происходит постепенное погружение человека в ситуацию (воображаемую или реальную), вызывающую страх с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной, называется:

- а) парадоксальной интенцией
- б) парадоксальной коммуникацией
- в) систематической десенсибилизацией
- г) систематической сенсibiliзацией
- д) несистематической сенсibiliзацией

**Вопрос 83.** Методика, при которой происходит инструктирование клиента на повторение неадекватных моделей поведения в строгой последовательности, в виде домашнего задания называется :

- а) систематической сенсibiliзацией
- б) парадоксальной коммуникацией
- в) систематической десенсибилизацией
- г) парадоксальной интенцией
- д) несистематической сенсibiliзацией

**Вопрос 84.** Методика “якорения” используется в:

- а) антиципационном тренинге
- б) позитивной психотерапии
- в) логотерапии
- г) когнитивной психотерапии
- д) нейролингвистическом программировании

**Вопрос 85.** Анализируемость пациента — это:

- а) способ оценки внушаемости
- б) способ оценки гипнабельности
- в) способ оценки пригодности к гуманистической психотерапии
- г) способ оценки пригодности к психоанализу
- д) ни один из ответов неверен

**Вопрос 86.** Методика “кожного зрения” подразумевает:

- а) диагностику с помощью биолокации
- б) диагностику с помощью электромагнитных колебаний
- в) диагностику с помощью нетрадиционного способа фоторецепции
- г) диагностику с помощью измерения температуры кожных покровов
- д) ни один из ответов неверен

**Вопрос 87.** Ощущения, связанные с сигналами, возникающими вследствие раздражения рецепторов, находящихся в мышцах, сухожилиях или суставах называются:

- а) иллюзиями
- б) интероцептивными
- в) проприоцептивными
- г) экстракампинными
- д) истинными галлюцинациями

**Вопрос 88.** Расстройство восприятия, при котором происходит образование и восприятие причудливых зрительных образов на основе слияния элементарных особенностей объекта называется:

- а) физическими иллюзиями
- б) парейдолическими иллюзиями
- в) фантастическими галлюцинациями
- г) фантастическими псевдогаллюцинациями
- д) эйдетизмом

**Вопрос 89.** Расстройство узнавания частей собственного тела называется:

- а) соматоагнозией
- б) анизонозогнозией
- в) дисморфоманией
- г) симптомом Фреголи
- д) депревацией

**Вопрос 90.** Расстройство памяти, характеризующееся процессом забывания, событий предшествующих травме называется:

- а) антероградной амнезией
- б) ретроградной амнезией
- в) фиксационной амнезией
- г) антероретроградной амнезией

**Вопрос 91.** Нарушение памяти, при котором происходит выдумывание событий прошлого, называется:

- а) конфабуляцией
- б) реминисценцией
- в) псевдореминисценцией
- г) перфорационной амнезией
- д) гипомнезией

**Вопрос 92.** Расстройство мышления, при котором происходит безрезультатное неоконченное логически мышление, потеря мысли

- б) резонерством
- в) персеверацией
- г) соскальзыванием
- д) разноплановостью

**Вопрос 93.** Процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний, а также создания о соответствии самооценки перспективному субъективному плану личности называется

- а) самоактуализацией
- б) самооценкой

- в) атрибуцией
- г) ипохондрией
- д) рефлексией

**Вопрос 94.** Особо выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся существенными мобилизационными изменениями в физиологическом называют:

- а) стрессами
- б) фрустрациями
- в) психосоматозами
- г) аффектами
- д) психическими травмами

**Вопрос 95.** Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием патологического аффекта является:

- а) опьянение
- б) наличие расстройств сознания
- в) наличие аутоагрессии
- г) наличие расстройств эмоциональной сферы
- д) наличие умственной отсталости

**Вопрос 96.** Алекситимией называется:

- а) галлюцинации зрительные
- б) гиперестезия
- в) гипермнезия
- г) неспособность даже короткое время быть в одиночестве
- д) неспособность точно описать свое эмоциональное состояние

**Вопрос 97.** Патологическое непреодолимое влечение к поджогам называется:

- а) дипсоманией
- б) дромоманией
- в) kleptomанией
- г) пироманией
- д) булемией

**Вопрос 98.** Выделяются следующие виды галлюцинаций за исключением:

- а) вкусовых
- б) проприорецепторных
- в) зрительных
- г) сенестопатических
- д) обонятельных

**Вопрос 99.** Грезоподобное нарушение сознания, сопровождающееся фантастическими галлюцинациями

- а) онейроидом
- б) делирием
- в) аменцией
- г) ступором
- д) сумеречным расстройством сознания

**Вопрос 100.** Наиболее глубокая степень олигофрении

- а) невротическоеасстройство
- б) дебильность
- в) имбецильность
- г) идиотия
- д) деменции

### **3. Учебно-методические материалы по дисциплине**

#### **Рекомендуемая литература**

##### **Основная литература**

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М.: "МЕДпресс", 2001.
2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. М.2004
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение: Учебное пособие. М.2004
4. Гройсман М.Ю. Клиническая психология, психосоматика, психопрофилактика. М.2003
5. Яньшин С.В. Практикум по клинической психологии. Спб.2004
6. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Екатеринбург, 2004.
7. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. Спб.2002.

##### **Дополнительная литература**

1. Колесникова Г.И. Основы психопрофилактики и психокоррекции. Р-н-Д.2005
2. Блейхер В.М. "Клиническая патопсихология", 1980
3. Карвасарский Б.Д. "Медицинская психология", 1982
4. Конечный Р., Боухал М. "Психология в медицине", М1990
5. Кондращенко В.Т., Донской Д.И. "Общая психотерапия", 1997
6. Матвеев В.Ф. Медицинская психология, этика и деонтология-М, 1987
7. Кулаков С.А., Основы психосоматики .М.2003
8. Кречмер Э. Медицинская психология. СПб 1998.
9. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., Медицинская психология. М1978
10. Ушаков Г.К. "Пограничные нервно-психические расстройства", 1987
11. Ясперс К. "Основы психопатологии", 1997
12. Снежневский А.В. "Общая психопатология", 1970

13. Зейгарник Б.В. "Патопсихология", 1986
14. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. "Методы психологической диагностики и коррекции в клинике", 1983
15. Личко А.Е. "Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. М. 1987
16. Лурия А.Р. "Мозг человека и психические процессы", 1970
17. Лентьев А.Н. Деятельность, Сознание. Личность. М. 1975
18. Николаева В.В.. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987,

#### 4. Учебно-методическая карта дисциплины для специальности 03.03.01

##### 5 семестр

	Номер темы	Вопросы, изучаемые на лекции	Занятия (номера)	Самостоятельная работа студентов		Формы контроля
			семинарские	содержание.	часы	
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Предмет и структура клинической психологии.	1	Рефераты: Психологические традиции отечественной медицины	4	Заслушивание на семинаре
2	2	Теоретические и практические задачи клинической психологии			4	Заслушивание на экзамене
3	3	Психика и мозг	2	Развитие центральной нервной системы в филогенезе и онтогенезе	6	Заслушивание на семинаре
4	4	Теоретические основы и методологические принципы клинической психологии.			4	

5	5	Концепции личности в клинической психологии.			4	
6,7	6	Нарушения восприятия	3	Строение и функции зрительного анализатора. 2. Строение и функции слухового анализатора. 3. Строение и функции кожно-кинестетического анализатора 4. Строение и функции анализатора вкуса и обоняния	4	Заслушивание на семинаре
8	7	Нарушение эмоционально-волевой сферы	4	1. Волевые качества личности. 2. Развитие эмоций в филогенезе и онтогенезе. 3. Индивидуально-психологические особенности проявлений эмоций и чувств.	4	Заслушивание на семинаре



9	8	Нарушение памяти	5	1.Современные теории памяти. 2.Формирование и развитие памяти в онтогенезе. 3.Индивидуально-психологические особенности проявлений мнестических процессов.	6	Заслушивание на семинаре
10,11	9	Патология мышления	6	1.Современные представления о мышлении: 2.Развитие мышления в онтогенезе. 3.Патологические формы воображения	6	Заслушивание на семинаре
12	10	Нарушение речи			4	Заслушивание на экзамене
13	11	Патология внимания			4	Заслушивание на экзамене
14	12	Нарушение сознания	7	1.Формирование сознания в онтогенезе. 2.Современные представления о физиологическом субстрате сознания. 3.Проблема измененных состояний сознания в норме и патологии.	4	Заслушивание на семинаре

15,16	13	Личность и болезнь.	8	1.1.Возрастные особенности внутренней картины болезни и здоровья. 2.2.Общие подходы к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии	6	Заслушивание на семинаре
17,18	14	Психология лечебного процесса.	9	1.Методики установления психологического контакта между персоналом лечебного учреждения и больным человеком. 2. Исследование взаимоотношений врача и больного в отечественной психологии и психотерапии.	6	Заслушивание на семинаре