

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

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

Составитель: Смирнова С.В.

Введение в клиническую психологию: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 74с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Смирнова С.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	69
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	72

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Предмет и структура клинической психологии.

Предмет и структура клинической психологии; дефиниции клинической психологии; история зарождения и становления специальности; Вклад Ф.Гелля, В.Вундта, И.М. Сеченова, И.П.Павлова в развитие психологической науки. Психологические традиции отечественной медицины. Начало использования методов экспериментальной психологии в психиатрических клиниках. Объект клинической психологии; направленность клинической психологии. Общая и частная клиническая психология. Связь с другими науками сфера Практические задачи и функции клинических психологов; теоретические основы и исследовательские проблемы клинической психологии; базовые категории теоретического аппарата.

Клиническая психология – область психологической науки, изучающая частные и общие закономерности нарушений и восстановления психической деятельности при разных патологических состояниях и аномалиях развития.

Клиническая психология – область профессиональной деятельности психологов (научной и практической), решающей широкий круг задач, связанных с профилактикой, преодолением болезней, восстановлением здоровья и социально-трудовой адаптации больных.

Клиническая психология – это наука, находящаяся на стыке между медициной и психологией, изучающая:

- психологические факторы, влияющие на развитие болезней;
- влияние тех или иных болезней на психику;
- психические проявления различных болезней в их динамике;
- нарушения развития психики;
- характер отношений больного с окружающей его средой;

занимающаяся:

- разработкой принципов и методов психологического исследования в клинике;

– созданием и изучением психологических методов воздействия на психику человека в лечебных профилактических целях.

Ведущие разделы клинической психологии:

Патопсихология – раздел клинической психологии, возникший на стыке психологии и психиатрии. Изучает структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой. Использует психологические понятия и методы.

Патопсихологию следует отличать от психопатологии – раздела психиатрии, изучающего симптомы и синдромы психических болезней клиническим методом и оперирующего, главным образом, клиническими понятиями.

Нейропсихология – область психологии, изучающая мозговую организацию психических функций. Одна из решаемых ею задач: установление локализации очаговых поражений мозга.

Психология аномального развития – раздел клинической психологии, занимающийся изучением нарушений развития психики (психического дизонтогенеза). *Методологическая основа* психологии аномального развития - теория высших психических функций, разработанная Л.С. Выготским.

Психосоматика – сравнительно новый раздел клинической психологии, изучает природу, методы лечения и предупреждения психосоматических расстройств, т.е. таких соматических заболеваний, в возникновении и развитии которых значимую роль играют психологические факторы.

Психологические основы психотерапии и реабилитации – раздел клинической психологии, разрабатывающий психологическую теорию психотерапии и реабилитации. Реабилитация рассматривается как системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного.

Становление клинической психологии, как одной из основных прикладных отраслей психологии неразрывно связано с развитием как самой психологии, так и медицины, физио-

логии, биологии, антропологии; ее история начинается с античных времен, когда психологические знания зарождались в недрах философии и естествознания.

Зарождение научной клинической психологии датируется концом 19 века, когда американец Л. Уитмер (1867-1956), учившийся в Лейпциге у Вундта, ввел понятие клинической психологии, основав первую психологическую клинику и первый специальный клинико-психологический журнал. Но еще раньше экспериментальные методы Вундта проникли в психиатрическую клинику Крепелина, первые экспериментально-психологические лаборатории в России открываются в 1885 Бехтеревым в Казани, Корсаковым в Москве, Сикорским – в Киеве. В 20-х годах 20 в. Появляются первые монографии по медицинской психологии Кречмера, Жане и др. Активно развиваются психологические лаборатории, в которых создаются экспериментальные психологические методики, предназначенные для исследования больных с психическими расстройствами. Среди отечественных ученых наибольший вклад в их создание был внесен Бехтеревым, Россолимо, Бернштейном и др. В России развитие клинической психологии после революции шло в русле общего развития психологии. Большую роль в становлении ее основ сыграли такие выдающиеся психологи, как Выготский, Мясисцев, Лурия и др. С конца 20 в. В клиническую психологию проникают гуманистические идеи, одной из главных форма психологической помощи становится психотерапия. Доминирующим становится целостный, ориентированный на активизацию потенциальных резервов больного подход. В рамках данного подхода психодиагностика и психологическая помощь направлены не столько на выявление дефицитарных, сколько сохраненных аспектов личности больного, развитие способности к духовному росту, способов совладания с болезненными состояниями.

В конце XIX в. в связи с формированием предпосылок оформления психологии как самостоятельной науки встал вопрос о дальнейших путях ее развития: о ключевых проблемах, исходных методологических установках, используемых методах и т.д. Одна из программ была предложена **В. Вундтом** (1832-1920), основателем первой в мире экспериментально-психологической лаборатории. Вундт, основываясь на достижениях физиологии органов чувств, излагает программу построения двух ветвей психологии - физиологической, или экспериментальной (основной метод получения данных), и социальной, или культурно-исторической (основным методом которой является анализ продуктов человеческого духа). В дальнейшем немецкий ученый обобщает основные положения своей доктрины в трехтомной работе «Основы физиологической психологии».

И.М. Сеченов (1829–1905) считается основоположником отечественной научной психологии. В 1862 г. он написал свою знаменитую работу «Рефлексы головного мозга», в которой поставил задачу ввести физиологические основы в психические процессы и показать, что психика относится к области строгого естественнонаучного исследования. Сеченов, дав физиологическую трактовку основным психологическим процессам, заложил основы материалистической психологии.

И.П. Павлов (1849–1936) в качестве основного акта поведения выделял условный рефлекс, благодаря которому организм приспосабливается к изменчивым условиям существования. Начав свою научную деятельность с изучения процессов кровообращения и пищеварения, Павлов пришел к заключению, что они обусловлены как физиологическими, так и психологическими факторами. Органом, регулирующим взаимоотношения организма с окружающей средой, служат центры больших полушарий головного мозга.

Павлов ввел в научный обиход понятие об условном рефлексе. Опыты Павлова показали, что условные раздражители имеют сигнальное значение: они – сигналы внешних возбудителей безусловных рефлексов. Павлов разработал учение о двух сигнальных системах. Сеченов доказывал, что в основе всех сознательных и бессознательных действий лежат рефлексы. Учение Павлова об условных рефлексах полностью подтвердило правильность утверждений Сеченова.

Из лаборатории Вундта вышел и немецкий психиатр Эмиль Крепелин, который уже в 90-е гг. XIX в. пытался применить экспериментальные подходы, используемые в психоло-

гии, к решению проблем психиатрии и этим дал мощный импульс для развития клинической психологии. Большую роль также сыграл Зигмунд Фрейд, открыв сферу психотерапии для не-медиков и значительно продвинув вперед психологическую теорию возникновения психических расстройств.

С самых истоков развитие отечественной патопсихологии отличалось прочными естественнонаучными традициями. На формирование ее принципов оказала влияние работа Сеченова «Рефлексы головного мозга» (большое значение придавал сближению психологии и психиатрии). Его идеи развивал Бехтерев (основоположник патопсихологического направления в России). Считал единственно научным методом исследования психической деятельности – объективный метод. Он отказался от интроспекционизма и психологических терминов, используя только физиологические. Представителями школы В. М. Бехтерева было разработано много методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных. Некоторые из них (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской психологии. В работах бехтеревской школы отражен богатый конкретный материал о расстройствах восприятия и памяти, мыслительной деятельности, воображения, внимания и умственной работоспособности. Результаты экспериментов сопоставлялись с особенностями поведения больного вне экспериментальной ситуации.

Вторым крупным центром отечественной психиатрии, в котором развивалась экспериментальная психология, была психиатрическая клиника С. С. Корсакова, организованная в 1887 г. при медицинском факультете Московского университета. Как все представители прогрессивных направлений в психиатрии, С. С. Корсаков придерживался мнения, что только знание основ психологической науки дает возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека. Работы, вышедшие из его клиники, внесли ценный вклад в психологическую науку – в понимание механизмов памяти и ее расстройств, механизмов и расстройств мышления.

Позже на становление патопсихологии как особой области знаний большое влияние оказали идеи выдающегося советского психолога Л. С. Выготского: 1) мозг человека имеет иные принципы организации, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено морфологической структурой мозга, они возникают не в результате одного лишь созревания мозговых структур, а формируются прижизненно путем присвоения опыта человечества в процессе общения, обучения, воспитания; 3) поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение на разных этапах психического развития. Экспериментальные исследования под руководством Л. С. Выготского положили начало многостороннему изучению распада мышления.

Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева и ЛГУ, где на протяжении нескольких десятилетий исследованиями по патопсихологии руководил В. Н. Мясищев. В соответствии с традициями школы В. М. Бехтерева на новой методологической основе, в русле теории отношений В. Н. Мясищева осуществлялись исследования по разным направлениям медицинской психологии. Ряд работ был посвящен нарушению строения трудовой деятельности больных, изучению влияния отношения больных к труду на их работоспособность.

Объект клинической психологии – человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, психическим, социальным, духовным состоянием.

Предмет клинической психологии как научно-практической дисциплины: общие и частные закономерности изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития, Психические проявления различных расстройств, Роль психики в возникновении, течении и предупреждении расстройств. Влияние различных расстройств на психику. Нарушения развития психики. Разработка принципов и методов исследования в клинике. Психотерапия, проведение и разработка методов. Создание психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Сферы применения клинической психологии чрезвычайно обширны. Помощь и знания клинических психологов необходимы в школе, в семейных консультациях, в различных ме-

дико-психологических центрах. Клинические психологи занимаются психологической диагностикой, психологическим консультированием и психотерапией, участвуют в организации реабилитационных мероприятий, занимаются исследованием общепсихологических проблем, а также проблемы определения нормы и патологии, определением соотношения социального и биологического в человеке и роли сознательного и бессознательного, а также решением проблем развития и распада психики.

Общая клиническая психология:

- основные характеристики психологии больного человека и разграничение нормальной, временно измененной и болезненной психики;
- внутренняя картина болезни, варианты реакций личности на болезнь и их значение для лечебно-диагностического процесса;
- психология врачебной деятельности;
- взаимоотношения врач–сестра–больной;
- учение о психосоматических и соматопсихических взаимодействиях;
- учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность), этапах ее постнатального онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст) и особенностях психологии человека в разные возрастные периоды;
- медицинская деонтология, включая вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.

Весьма значимыми разделами клинической (медицинской) психологии являются психогигиена, психопрофилактика, психологическое консультирование и методы экспериментально-психологической оценки психического состояния больного, психокоррекция и психотерапия, обеспечивающие предупреждение и устранение психических расстройств у больного.

Частная клиническая психология раскрывает главные аспекты психологии врачебной деятельности при общении с больными, страдающими определенными болезнями. Основное внимание при этом обращают на:

- особенности психологии больного с пограничными формами психических расстройств, которые фактически являются объектом деятельности врача любой специальности;
- особенности психологии больных, страдающих различными заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистыми, легочными, желудочно-кишечными, инфекционными, эндокринологическими, неврологическими);
- психологию больных хирургического профиля на этапах подготовки, проведения хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде (в том числе онкологических больных, больных с травмами и ожоговой болезнью, урологических больных);
- особенности клинической психологии в акушерстве и гинекологии;
- психологию больных с дефектами тела, органов чувств и аномалиями развития (слепота, глухота, глухонмота и др.);
- клиническую психологию в педиатрии;
- проблемы психического здоровья и психологические аспекты работы с больными, имеющими выраженную психическую патологию, страдающими психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманиями.

Базисными науками для клинической психологии являются общая психология и психиатрия. На развитие клинической психологии также оказывают большое влияние неврология и нейрохирургия. Клиническая психология связана с психофармакологией: и та, и другая изучают психопатологические расстройства и способы их лечения. Успешно развивается медицинская педагогика – смежная с медициной, психологией и педагогикой область, в задачи которой входит обучение, воспитание и лечение больных детей. Психотерапия как самостоятельная медицинская специальность тесно связана с клинической психологией. Теоретические и практические проблемы психотерапии разрабатываются с опорой на достиже-

ния медицинской психологии. Клиническая психология близка и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Клинический психолог в учреждениях здравоохранения – это специалист, в обязанности которого входит как участие в психодиагностических и психокор-рекционных мероприятиях, так и в лечебном процессе в целом. Медицинская помощь оказывается бригадой специалистов. Такая «бригадная» модель оказания медицинской помощи первоначально возникла в психотерапевтической и психиатрической службах. Центром бригады является лечащий врач, работающий совместно с психотерапевтом, клиническим психологом и специалистом по социальной работе. Каждый из них выполняет свой диагностический, лечебный и реабилитационный план под руководством лечащего врача и в тесном сотрудничестве с другими специалистами.

Деятельность психолога в медицинском учреждении направлена на:

- 1) повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека;
- 2) гармонизацию психического развития;
- 3) охрану здоровья;
- 4) профилактику и психологическую реабилитацию.

Предметом деятельности клинического психолога можно считать психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Поэтому важно подчеркнуть, что клинический психолог – это специалист, который может работать не только в клиниках, но и в учреждениях другого профиля: образования, социальной защиты и др. Это учреждения, в которых необходимо углубленное изучение личности человека и оказание ему психологической помощи.

В вышеуказанных областях клинический психолог выполняет следующие **виды деятельности**:

- 1) диагностическую;
- 2) экспертную;
- 3) коррекционную;
- 4) профилактическую;
- 5) реабилитационную;
- 6) консультативную;
- 7) научно-исследовательскую и др.

Междисциплинарный статус клинической психологии делает эту дисциплину особо чувствительной к решению **основной теоретико-методологической проблемы** современной науки – проблемы «природы человека» как существа биосоциального по своим внешним проявлениям.

Первая теоретико-методологическая проблема клинической психологии заключается в том, что в науке существует две противоположных тенденции в понимании того, что же такое есть психика. *Первая тенденция* заключается в том, чтобы рассматривать психику как удобную *биологическую метафору нейрофизиологических процессов*, протекающих в мозге. Другая тенденция в трактовке понятия *психика* заключается в том, что под ней понимается *общая способность живых существ реагировать на абиотические (биологически нейтральные) воздействия*.

Из первой проблемы – понимания сути психики – вытекают производные теоретико-методологические проблемы клинической психологии: *связь мозга и психики, психики и сознания*. Традиционное решение проблемы связи мозга и психики заключается в прямом сопоставлении психических и нейрофизиологических процессов, которые полагаются либо а) тождественными, либо б) параллельными, либо в) взаимодействующими.

Другая проблема - это проблема взаимосвязи психики и сознания. Исходя из решения вопроса о соотношении мозга и психики, используют и два подхода к решению вопроса со-

отношения психики и сознания. *Первый подход* состоит в так называемый нейрофизиологической трактовке феномена сознания как *оптимального уровня возбуждения* нейрофизиологических процессов. *Второй подход* характеризует собственно психологическую трактовку сознания как *высшего способа психического взаимодействия* со средой, состоящего из вербальных (знаково-символических) образов реальности, возникающих в определенном момент времени и включающих в себя также вербальный образ самого человека – самосознание.

Базовые категории теоретического аппарата:

1) Симптом - признак, характеризующий расстройство, проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности, одна отдельная конкретная жалоба больного.

2) Синдром - совокупность симптомов с общим патогенезом. Синдром ссылается на ассоциацию некоторого количества клинически распознаваемых симптомов (особенностей, явлений или характеристик), которые часто происходят вместе, таким образом, что присутствие одной особенности предупреждает врача о присутствии остальных. За недавние десятилетия термин был использован и за пределами медицины, для описания схожих явлений

3) Норма - установленная, относительно стабильная мера, средняя величина чего-либо, среднее между избытком и недостатком.

4) Патология - крайняя противоположность нормы, отклонение от нормального состояния или процесса развития. Патология исследует процессы отклонения от нормы, процессы нарушающие гомеостаз, болезни, дисфункции (патогенез).

5) Здоровье: I- Состояние живого организма, при котором организм в целом и все органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. II- «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней»

6) Болезнь – противоположность здоровья, возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

Тема 2. Теоретические основы и методологические принципы клинической психологии.

Понятие психического здоровья. Модели психического здоровья. Его критерии. Клинические проявления психической нормы и патологии. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов. Диагностические принципы-альтернативы. Характеристика патопсихологических регистр-синдромов. Понятие психической «нормы». Норма и развитие.

Психическое здоровье – это состояние индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности и адекватные (с учетом этнокультурных критериев) формы поведения.

Отсюда следует, что, если психические функции находятся в норме, они обеспечивают:

- субъективную психическую комфортность, когда человек удовлетворен работой и жизнью в целом, его важнейшие потребности также находят удовлетворение, а внутриличностное равновесие ведет к гармонии и переживанию счастья;
- способность человека к целенаправленной осмысленной деятельности, когда он может ставить цели, планировать, организовывать свою деятельность и контролировать свое поведение;
- развитие адекватных форм поведения, причем определение адекватности варьирует относительно социальных и культурных норм (например, принято ли в обществе громко кричать или быть замкнутым).

Выделяют следующие **концептуальные модели здоровья** (Калью П.И.):

1) Медицинская модель – предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья, здоровьем считают отсутствие болезней и их симптомов.

2) Биомедицинская модель – рассматривает отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья.

3) Биосоциальная модель – в понятие здоровья включаются биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но социальным признакам придается приоритетное значение.

4) Ценностно-социальная модель здоровья предполагает, что здоровье – ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в труде и социальной жизни, экономической, политической, научной, культурной и других видах деятельности. Этой модели наиболее полно соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

Критерии психического здоровья:

- Адаптация – это способность человека осознанно относиться к функциям своего организма, способность регулировать свои психические процессы.

- Социализация – это способность человека реагировать на другого человека как на равного себе, реакция на факт существования определённых норм в отношениях с другими и стремление следовать им, переживание своей относительной зависимости от других людей.

- Индивидуализация – это становление отношения человека к самому себе.

В настоящее время выделяется несколько основополагающих *принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических феноменов*, базирующихся на феноменологическом подходе к **оценке нормы и патологии**.

Принцип Курта Шнайдера гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признается лишь то, что может быть таковой доказано». Если диагност пытается доказать наличие у человека бреда (т.е. ложных умозаключений), он должен иметь неложные, но верные и обладать способом их доказательств. Для того, чтобы разрешить эту типичную для диагностики задачу необходимо, наряду с *критерием доказанности* (достоверности), ввести еще один критерий из области логики – *критерий вероятности*. Доказательство наличия психического расстройства согласно принципу Курта Шнайдера базируется на «двух логиках»: оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и логике доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. В области клинической психиатрии это выглядит так: тезис – обследуемый психически болен, аргумент (аргументы) – к примеру, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства – доказывается, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания мы можем расценивать как бредовые и т.д.

Еще одним принципом, которому следует научная диагностическая доктрина, является **принцип «презумпции психической нормальности»**. Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Основным принципами диагностики, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать **феноменологические принципы**. В основе феноменологического подхода в психиатрии и клинической психологии лежит понятие «феномена». Феноменом можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание. Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (к примеру, психоаналитического), использует *принципы понимающей, а не объясняющей психологии*. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это

принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным.

Принцип понимания используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас (сторонних наблюдателей) поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и действия. В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них.

Следующим феноменологическим принципом является принцип «эпохе», или **принцип воздержания от суждения**. Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться.

Два следующих принципа феноменологического подхода к диагностике могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания**, а также **принцип контекстуальности**. *Принцип беспристрастности* и точности описания клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. *Точность описания* требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным в описании становится *контекстуальность* наблюдаемого феномена, т.е. его описание в контексте времени и пространства – создание своеобразных «фигуры и фона». *Принцип контекстуальности* подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена.

Вследствие естественных трудностей, стоящих на пути диагностического процесса разработан набор **принципов-альтернатив**. В его основании заложены принципы феноменологического подхода в психологии и психиатрии – *каждое целостное индивидуальное психическое переживание человека (феномен) должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его как в категориях психопатологических, так и психологических*. Можно выделить несколько подобных принципов-альтернатив:

1) Болезнь-личность –предопределяет подход к любому психологическому феномену с двух альтернативных сторон: либо наблюдаемый феномен является психопатологическим симптомом, либо он является признаком личностных особенностей, например, мировоззрения человека, традиционного для его этноса, культурной или религиозной группы стереотипа поведения.

2) Нозос-патос –наблюдаемый диагностом психологический феномен в соответствии с этим принципом должен трактоваться либо как имеющий нозологическую специфичность, имеющую болезненный механизм возникновения и развития, обладающий тенденцией к изменениям, прогрессивности, эволюции или регрессу; либо как патологическое образование, не склонное к каким-то существенным трансформациям, не имеющее этиологических факторов и патогенетических механизмов в медицинском смысле этих терминов, а также обладающее свойствами устойчивости, резистентности, стабильности.

3) Реакция-состояние-развитие –позволяет ввести в анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров.

4) Психотическое-непсихотическое –определяет тактику и стратегию психиатрического действия, диктует выбор методов терапевтического воздействия, обосновывает применение тех или иных профилактических и реабилитационных мероприятий.

5) Экзогенное-эндогенное-психогенное –разработка этого принципа основана на постулате психиатрии о том, что для определенной группы психических расстройств существуют выявленные и верифицированные этиопатогенетические механизмы (экзогенные, эндогенные, психогенные).

6) Дефект-выздоровление-хронификация –дает возможность оценивать в зависимости от особенностей клинической картины психического заболевания состояния, возникающие после исчезновения явных психопатологических нарушений.

7) Адаптация-дезадаптация –дает возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что позволяет определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

8) Негативное-позитивное –позволяет в дальнейшем оценивать наблюдаемое состояние как активный болезненный процесс, хронификацию заболевания или как устойчивые и не склонные в дальнейшем изменяться дефект и изменение личности.

9) Компенсация-декомпенсация.

10) Фаза-приступ-эпизод.

11) Ремиссия-рецидив-интермиссия.

12) Тотальность-парциальность.

13) Типичность-атипичность.

14) Патогенное-патопластическое.

15) Симуляция-диссимуляция-агравация.

Патопсихологический синдром - это относительно устойчивая, внутренне связанная совокупность отдельных симптомов.

Ю.Ф.Поляков указывает, что если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то *патопсихологические исследования* должны дать ответ на вопрос: *как нарушено протекание (структура) самих психических процессов*, приводящих к этим проявлениям. Патопсихолог может оперировать в своих диагностических заключениях следующим набором **регистр-синдромов**:

1. Шизофренический;

2. Аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста).

3. Олигофренический;

4. Экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т. д.);

5. Эндогенно-органический (в клинике – истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

6. Личностно-аномальный (в клинике – акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции);

7. Психогенно-психотический (в клинике – реактивные психозы);

8. Психогенно-невротический (в клинике – неврозы и невротические реакции).

Норма - понятие социально обусловленное. Это руководящее правило, образец. Это среднестатистическая величина, то, что характерно для большинства людей.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) предлагает следующее определение «нормы»: *норма* - этический стандарт, модель поведения, рассматриваемая как желательная, приемлемая и типичная для той или иной культуры.

Наиболее распространенным пониманием понятия «**психической нормы**» является следующее - это общепринятые в обществе требования к различным параметрам проявлений психической активности человека. То есть при определении психической нормы существует привязка к определению образцов, стандартов, к определению отклонений, то есть понятие «психическая норма», в свою очередь, опирается на определение критериев общепринятого, наиболее распространенного, и понятие «патология».

Таким образом, к определению «*психической нормы*» можно отнести:

- состояние индивидуальной психики относительно самой себя;
- соответствие общественным правилам, стандартам, наиболее распространенным характеристикам, которые являются неким образцом;
- способность к адаптации, к принятию решению, к самостоятельной жизнедеятельности в обычных, «нормальных» условиях;
- отсутствие психических болезней, патологий.

По сути указанных определений *психическая норма* - это состояние, в котором человеку комфортно, при способностях к жизнедеятельности и здоровому взаимодействию с окружающим миром, при отсутствии отклонений, и которое соотносится с общепризнанными (по различным критериям), некими установленными правилами.

Тема 3. Психика и мозг.

Мозг и психика, эволюция взглядов на проблему мозговой локализации психических функций. Структурная и функциональная организация нервной системы человека. Нейрофизиологические основы психической деятельности человека. Основные принципы деятельности. Центральная и вегетативная нервная система человека. Основные функциональные блоки мозга. Теория системной локализации высших психических функций. Методы исследования в клинической психологии.

Эволюция взглядов на проблему мозговой локализации психических функций.

Алкмеон: мозг=орган души. Платон (450 до н.э.): «Разум=функция мозга». Гиппократ (420 до н.э.) «Из мозга происходит плач и стыд. Этой частью мы мыслим, видим и слышим, различаем доброе и дурное». Аристотель (370 до н.э.): «В мозге происходит охлаждение крови, которая согревается в сердце». Герофил (врач, анатом, 330 до н.э.) изучил глаз, доказал, что он связан с мозгом, что внутренние органы связаны со с.м. и г.м. Гален (129 до н.э., врач, Древний Рим, первый физиолог). Обнаружил мозговые желудочки, предположил существование души там. При этом психика воспринимается как целое, за исключением эмоций. Эти представления существовали около 1,5 тыс. лет.

Немезий (4 в. н.э.): желудочки: первый - мышление, второй - воображение, третий - память. Френология Галля. Психические способности связаны с отдельными участками мозга. О развитии тех или иных способностей можно судить по форме черепа, поскольку участки мозга, которые соответствуют выдающимся способностям, разрастаются и образуют выпуклости на черепе.

В 17 веке мыслители вернулись к мысли о целостности психики и стали искать «вместилище души» - определенную часть мозга, которая являлась бы органом психики: шишковидная железа, мозолистое тело, полосатое тело). Затем в философии психические способности были разделены, и начался поиск их локализации.

Узкий локализационизм. Против концепции узкого локализационизма выступают три группы фактов:

- нарушение одной и той же психической функции может наблюдаться при поражении различных зон мозга
- поражение одной зоны мозга сказывается в нарушении нескольких различных психических функций
- факты, относящиеся к восстановлению психических функций после травмы без морфологического восстановления пораженной зоны мозга.

Психическая функция здесь понимается как единая, неразложимая на элементы способность. Она соотносится с определенным участком мозга, который понимается как совокупность «центров». Поражение определенного центра мозга приводит к необратимому нарушению психической функции) и *эквипотенциализм* (Все зоны мозга принимают равное участие в реализации психических функций, поэтому во всех случаях возможно восстановление психического процесса, если только количественные характеристики повреждения не превышают каких-то критических значений).

Теория динамической локализации. Данная концепция основана на понимании психических явлений как системных качеств физиологических функций. Любая психическая деятельность человека является сложной функциональной системой, обеспечиваемой целым комплексом совместно работающих аппаратов мозга. Эти функциональные системы формируются в онтогенезе и могут динамически перестраиваться в зависимости от конкретной задачи.

Структурная и функциональная организация нервной системы человека.

Нервная система регулирует и координирует деятельность всех органов и систем, обуславливая целостность функционирования организма. Благодаря ей осуществляется связь организма с внешней средой и его адаптация к постоянно меняющимся условиям. Нервная система является материальной основой сознательной деятельности человека, его мышления, поведения, речи.

К центральной нервной системе относятся головной и спинной мозг. Оба они эволюционно, морфологически и функционально связаны между собой и без резкой границы переходят друг в друга.

Функции нервной системы:

1. Обеспечивает связь организма с внешней средой.
2. Обеспечивает взаимосвязь всех частей организма между собой.
3. Обеспечивает регуляцию трофических функций, т.е. регулирует обмен веществ.
4. Нервная система, в частности головной мозг, является субстратом психической деятельности.

Функционально нервная система подразделяется на соматическую и автономную (вегетативную), анатомически – на центральную нервную систему и периферическую нервную систему.

Соматическая нервная система регулирует работу скелетных мышц и обеспечивает чувствительность человеческого тела. Автономная (вегетативная) нервная система регулирует обмен веществ, работу внутренних органов и гладких мышц.

Вегетативная нервная система иннервирует все внутренние органы. Она обеспечивает также трофическую иннервацию скелетных мышц, других органов и тканей и самой нервной системы.

Периферическая нервная система образована многочисленными парными нервами, нервными сплетениями и узлами. Нервы доставляют импульсы из ЦНС непосредственно к рабочему органу – мышце – и информацию с периферии в ЦНС.

Основными элементами нервной системы являются нервные клетки (нейроны). Тело нейрона, которое связано с отростками, является центральной частью нейрона и обеспечивает питание остальные части клетки. Тело покрыто слоистой мембраной, которая представляет собой два слоя липидов с противоположной ориентацией, образующих матрикс, в который заключены белки. Тело нейрона имеет ядро или ядра, содержащие генетический материал.

Нервные клетки выполняют ряд общих функций, направленных на поддержание собственных процессов организации. Это обмен веществами с окружающей средой, образование и расходование энергии, синтез белков и др. Кроме того, нервные клетки выполняют свойственные только им специфические функции по восприятию, переработке и хранению информации. Нейроны способны воспринимать информацию, перерабатывать (кодировать) ее, быстро передавать информацию по конкретным путям, организовывать взаимодействие с дру-

гими нервными клетками, хранить информацию и генерировать ее. Для выполнения этих функций нейроны имеют полярную организацию с разделением входов и выходов и содержат ряд структурно-функциональных частей.

Нейрофизиологические основы психики человека.

Строение мозга. Простейшие автоматизированные мышечно-двигательные реакции регулируются спинным мозгом, находящимся в позвоночном столбе.

Спинной мозг переходит в продолговатый мозг головного мозга, регулирующий автоматизированные процессы жизнеобеспечения – дыхание и др. За ним следует средний мозг, регулирующий работу органов чувств. Проявление врожденных ориентировочных рефлексов (прислушивание, всматривание) – результат деятельности среднего мозга.

Над средним мозгом расположен промежуточный мозг. Он включает в себя таламус, гипоталамус, лимбическую систему и контролирует сложные витальные (жизненно важные) реакции: питание, размножение, защитно-оборонительные эмоции.

Особенно развита у человека кора больших полушарий – орган высших психических функций.

В коре мозга выделяются *два основных блока*:

1) блок приема, переработки и хранения информации – отделы мозга, осуществляющие обработку информации, поступающей от различных рецепторов – зрительных, слуховых, кожных, двигательных и др.; все корковые зоны этого блока функционируют в иерархической взаимосвязи: первичные зоны осуществляют раздробление, первичный анализ поступающей сенсорной информации, вторичные зоны выполняют функцию синтеза – объединения, интегрирования поступающей информации;

2) блок программирования, регуляции и контроля деятельности – передние отделы мозга.

Существуют различия в функциях правого и левого полушарий – функциональная асимметрия мозга. Функцией левого полушария является оперирование вербально-знаковой информацией (логические операции, чтение, счет). Функция правого полушария – оперирование наглядными образами, распознавание объектов, образное мышление. Оба полушария функционируют взаимосвязанно.

Кора головного мозга человека – целостно работающий орган, но отдельные его части (области) функционально специализированы. Так, затылочная область коры осуществляет сложные зрительные функции, лобно-височная – речевые, височная – слуховые. Обширные специализированные зоны коры обеспечивают речевую деятельность человека.

По учению И. П. Павлова, основным механизмом функционирования коры головного мозга (высшей нервной деятельности) являются условные рефлексы.

Все рефлексы были разделены на две группы – безусловные и условные.

Безусловные рефлексы – врожденные реакции организма на жизненно важные раздражители (пищу, опасность и т. п.). Они не требуют каких-либо условий для своей выработки (например, выделение слюны при виде пищи).

Безусловные рефлексы представляют собой природный запас готовых, стереотипных реакций организма. Они возникли в результате длительного эволюционного развития определенного вида животных. Безусловные рефлексы одинаковы у всех особей одного вида. Они осуществляются с помощью спинного и низших отделов головного мозга. Сложные комплексы безусловных рефлексов проявляются в виде инстинктов.

С понятием условного рефлекса И. П. Павлов связывал принцип сигнальности высшей нервной деятельности, принцип синтеза (временных связей) внешних воздействий и внутренних состояний. С познания динамики образования и изменения условных рефлексов началось раскрытие сложных механизмов деятельности человеческого мозга, выявление закономерностей высшей нервной деятельности.

Как установлено И. П. Павловым, основным фундаментальным принципом работы коры больших полушарий головного мозга является *аналитико-синтетический принцип*. Ориентация в окружающей среде связана с вычленением отдельных ее свойств, сторон, призна-

ков (анализ) и объединением, связью этих признаков с тем, что полезно или вредно для организма (синтез). Синтез, – как отмечал И. П. Павлов, – замыкание связей, а анализ – все более тонкое отчленение одного раздражителя от другого.

Аналитико-синтетическая деятельность коры головного мозга осуществляется взаимодействием двух нервных процессов – возбуждения и торможения и подчинена следующим законам.

1. Закон образования временной нервной связи: при многократном подкреплении нейтрального раздражителя безусловным (жизненно значимым) раздражителем между корковыми центрами этих воздействий образуется временная нервная связь.

2. Закон угасания временной нервной связи: при многократном неподкреплении условного раздражителя безусловным временная нервная связь между ними угасает.

3. Закон иррадиации возбуждения: очень сильные (как и очень слабые) раздражители вызывают иррадиацию – распространение возбуждения по значительной части коры больших полушарий.

4. Закон взаимной индукции нервных процессов: на периферии очага одного процесса всегда возникает процесс с обратным знаком. Если в одном участке коры головного мозга сконцентрирован процесс возбуждения, то вокруг него индуктивно возникает процесс торможения. Чем интенсивнее очаг возбуждения, тем интенсивнее и более широко распространен вокруг него процесс торможения. Наряду с одновременной индукцией существует последовательная индукция нервных процессов – последовательная смена нервных процессов в одних и тех же участках мозга.

5. Закон системности в работе коры головного мозга (динамический стереотип): реакция организма на тот или иной раздражитель зависит от сложившейся в коре системы связей. Опыты показывают, что если выработать ряд рефлексов на разные раздражители, которые повторяются в определенной последовательности, то со временем организм воспроизводит всю систему ответных реакций при воздействии лишь одного первоначального раздражителя. Устойчивое закрепление определенной последовательности реакций И. П. Павлов называл динамическим стереотипом.

И.П. Павлов разработал также учение о типах высшей нервной деятельности и о второй сигнальной системе, присущей человеку, – способность человека обобщенно отражать мир при помощи слова.

Современная наука о мозге – нейрофизиология базируется на концепции функционального объединения механизмов мозга для осуществления различных поведенческих актов.

Первоначальная стадия формирования любого поведенческого акта названа П. К. Анохиным афферентным синтезом (в переводе с латинского –«соединение приносимого»).

В процессе афферентного синтеза из многочисленных образований мозга извлекается все то, что было связано в прошлом с удовлетворением данной потребности, т. е. решается вопрос: какой полезный результат должен быть получен в данной ситуации, при данной комбинации исходных возбуждений? В результате афферентного синтеза принимается решение – выбирается один из возможных вариантов действия, который больше всего удовлетворяет требованиям данной ситуации.

Нейрофизиологический механизм принятия решения основан на способности мозга прогнозировать параметры будущего результата действия. На основе предвидения результатов готовящегося действия создается программа действия. И только после этого совершается само действие.

Теория функциональных систем включила в единую систему такие компоненты поведения, как мотивация, память, эмоции, предвидение событий, программирование будущих результатов поведения. Отказавшись от упрощенно-универсальной схемы «стимул–реакция», П. К. Анохин раскрыл нейрофизиологический механизм активной деятельности.

Психика человека – социально опосредованный продукт мозговой деятельности, социально нормированное отражение действительности.

Механизм человеческого мозга – механизм кодирования взаимосвязей действительности в речевых знаках.

Психическое отражение действительности человеком – отражение, опосредованное знаком, человеческим понятием, сформированным в общественно-исторической практике человечества.

Познание психики человека и деятельности его мозга взаимообусловлено. Психику нельзя отрывать от работы мозга, но ее нельзя сводить и к нейрофизиологическим процессам. Нейрофизиология – естественное условие функционирования психического, но само психическое социально детерминировано. Нейрофизиология подчинена биологическим закономерностям; психика подчинена всеобщим законам объективных взаимосвязей явлений внешнего мира.

Была разработана концепция структурно-системной организации мозга как субстрата **психической деятельности**. В соответствии с этой концепцией деятельность мозга обеспечивается проекционными, ассоциативными, интегративно-пусковыми и лимбико ретикулярными системами, каждая из которых выполняет свои функции.

Проекционные системы обеспечивают анализ и переработку соответствующей по модальности информации. Ассоциативные системы связаны с анализом и синтезом разномодальных возбуждений.

Для интегративно-пусковых систем характерен синтез возбуждений различной модальности с биологически значимыми сигналами и мотивационными влияниями, а также окончательная трансформация афферентных влияний в качественно новую форму деятельности, направленную на быстрейший выход возбуждений на периферию (т. е. на аппараты, реализующие конечную стадию приспособительного поведения).

Лимбико-ретикулярные системы обеспечивают энергетические, мотивационные и эмоционально-вегетативные влияния. Все перечисленные выше системы мозга работают в тесном взаимодействии друг с другом по принципу либо одновременно, либо последовательно возбужденных структур.

Принципы психической деятельности:

1) Принцип изменчивости и вариативности морфологических показателей. Различают этническую, половую, возрастную и индивидуальную изменчивость.

2) Принцип иерархической соподчиненности различных систем мозга, соответственно которому уменьшается число степеней свободы каждой нижележащей системы и осуществляется управление одного уровня иерархии другими, а также контроль за этим управлением на основе прямых и обратных связей.

3) Принцип многоуровневого взаимодействия вертикально организованных (подкорково-корковых) и горизонтально организованных (корково-корковых) путей проведения возбуждения, что создает широкие возможности для различных типов переработки (трансформации) афферентных сигналов и является одним из механизмов интегративной работы мозга.

Центральная нервная система (ЦНС) - основная часть нервной системы животных и человека, состоящая из скопления нервных клеток (нейронов) и их отростков. Центральная нервная система состоит из головного и спинного мозга и их защитных оболочек.

Самой наружной является твердая мозговая оболочка, под ней расположена паутинная (арахноидальная), а затем мягкая мозговая оболочка, сращенная с поверхностью мозга. Между мягкой и паутинной оболочками находится подпаутинное (субарахноидальное) пространство, содержащее спинномозговую (цереброспинальную) жидкость, в которой как головной, так и спинной мозг буквально плавают. Действие выталкивающей силы жидкости приводит к тому, что, например, головной мозг взрослого человека, имеющий массу в среднем 1500 г, внутри черепа реально весит 50–100 г. Мозговые оболочки и спинномозговая жидкость играют также роль амортизаторов, смягчающих всевозможные удары и толчки, которые испытывает тело и которые могли бы привести к повреждению нервной системы.

ЦНС образована из серого и белого вещества.

Серое вещество составляют тела клеток, дендриты и немиелинизированные аксоны, организованные в комплексы, которые включают бесчисленное множество синапсов и служат центрами обработки информации, обеспечивая многие функции нервной системы.

Белое вещество состоит из миелинизированных и немиелинизированных аксонов, выполняющих роль проводников, передающих импульсы из одного центра в другой. В состав серого и белого вещества входят также клетки глии

Нейроны ЦНС образуют множество цепей, которые выполняют две основные функции: обеспечивают рефлекторную деятельность, а также сложную обработку информации в высших мозговых центрах. Эти высшие центры, например зрительная зона коры (зрительная кора), получают входящую информацию, перерабатывают ее и передают ответный сигнал по аксонам.

Результат деятельности нервной системы – та или иная активность, в основе которой лежит сокращение или расслабление мышц либо секреция или прекращение секреции желез. Именно с работой мышц и желез связан любой способ нашего самовыражения. Поступающая сенсорная информация подвергается обработке, проходя последовательность центров, связанных длинными аксонами, которые образуют специфические проводящие пути, например болевые, зрительные, слуховые. Чувствительные (восходящие) проводящие пути идут в восходящем направлении к центрам головного мозга. Двигательные (нисходящие) пути связывают головной мозг с двигательными нейронами черепно-мозговых и спинномозговых нервов. Проводящие пути обычно организованы таким образом, что информация (например, болевая или тактильная) от правой половины тела поступает в левую часть мозга и наоборот. Это правило распространяется и на нисходящие двигательные пути: правая половина мозга управляет движениями левой половины тела, а левая половина – правой.

Вегетативная нервная система – это одна из частей нашей нервной системы. Вегетативная нервная система отвечает за: деятельность внутренних органов, деятельность желез внутренней и внешней секреции, деятельность кровеносных и лимфатических сосудов, а также в некоторой части за мускулатуру.

Вегетативная нервная система делится на два раздела:

- 1) симпатический раздел;
- 2) парасимпатический раздел.

Симпатическая нервная система расширяет зрачок, она же вызывает учащение пульса, повышение кровяного давления, расширяет мелкие бронхи и т. д. Данная нервная система осуществляется симпатическими спинномозговыми центрами. Именно от этих центров начинаются периферические симпатические волокна, которые расположены в боковых рогах спинного мозга.

Парасимпатическая нервная система отвечает за деятельность мочевого пузыря, половых органов, прямой кишки, а также она «раздражает» ряд других нервов (например, языкоглоточный, глазодвигательный нерв). Такая «разнообразная» деятельность парасимпатической нервной системы объясняется тем, что ее нервные центры расположены как в крестцовом отделе спинного мозга, так и в стволе головного мозга. Теперь становится понятным, что те нервные центры, которые расположены в крестцовом отделе спинного мозга, контролируют деятельность органов, расположенных в малом тазу; нервные центры, которые расположены в стволе головного мозга, регулируют деятельность остальных органов через ряд специальных нервов.

Контроль за деятельностью этих разделов нервной системы осуществляется специальными вегетативными аппаратами, которые расположены в головном мозге.

Функциональные блоки мозга. На основе изучения нарушений психических процессов при различных локальных поражениях центральной нервной системы Лурия разработал общую структурно-функциональную модель мозга как субстрата психики. Согласно этой модели весь мозг может быть разделен на три основных блока, характеризующихся определенными особенностями строения и ролью в исполнении психических функций.

1-й блок– энергетический – включает ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальные отделы, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей.

Блок регулирует общие изменения активации мозга (тонус мозга, необходимый для выполнения любой психической деятельности, уровень бодрствования) и локальные избирательные активационные изменения, необходимые для осуществления ВПФ. При этом за первый класс активаций несет ответственность преимущественно ретикулярная формация ствола мозга, а за второй – более высоко расположенные отделы – неспецифические образования диэнцефального мозга, а также лимбические и корковые медиобазальные структуры.

2-й блок– приема, переработки и хранения экстероцептивной информации – включает в себя центральные части основных анализаторных систем: зрительной, слуховой и кожно-кинестетической, корковые зоны которых расположены в затылочных, теменных и височных долях мозга. В системы этого блока формально включаются и центральные аппараты вкусовой и обонятельной рецепции, но у человека они настолько оттеснены представительствами высших экстероцептивных анализаторов, что занимают в коре головного мозга незначительное место.

Основу данного блока составляют первичные или проекционные зоны коры (поля), выполняющие узкоспециализированную функцию отражения только стимулов одной модальности. Их задача – идентифицировать стимул по его качеству и сигнальному значению, в отличие от периферического рецептора, который дифференцирует стимул лишь по его физическим или химическим характеристикам.

Работа второго блока подчиняется *трем законам*:

- 1) Закон иерархического строения. Развитие идет снизу вверх, а распад – сверху вниз.
- 2) Закон убывающей специфичности. Наиболее модально специфичными (в данном случае – ориентированными на конкретное свойство объекта, улавливаемое конкретным видом анализатора) являются первичные зоны. Третичные зоны вообще надмодальны.
- 3) Закон прогрессирующей латерализации. По мере восхождения от первичных к третичным зонам возрастает дифференцированность функций левого и правого полушария (в основном – по центральным предпосылкам речи и доминантности одной из рук).

3-й блок– программирования, регуляции и контроля за протеканием психической (сознательной) деятельности включает моторные (4 поле по Бродману), премоторные (6,8 частично 44, 45 поля) и префронтальные (9,10,11 и 46 поля) отделы коры лобных долей мозга – впереди от передней центральной извилины (медиобазальные отделы лобных долей входят в первый блок). Конвекситальная кора занимает $\frac{1}{4}$ часть поверхности больших полушарий. Выделяется моторная кора: агранулярная (4,6 поля) и слабогранулярная (8,44,45 поля); немоторная кора – 9,10,11,12, 46 и 47 поля (агранулярная).

Основная цель работы этого блока – формирование планов действий, то есть создание программы психического акта и развертка последовательности исполнения его во времени в реальном поведении. Находясь под постоянным влиянием второго блока, префронтальные (по характеру и сложности обработки информации – ассоциативные) отделы лобных долей одновременно зависимы от речевого и мотивационного компонентов. Подготовка двигательных импульсов завершается их выходом на периферию через двигательную зону коры – преимущественно 4-е поле, которое может быть охарактеризовано как первичное.

Центральное для нейропсихологии понятие «высшие психические функции» было введено Л. С. Выготским, а затем подробно разработано А. Р. Лурия. «Под высшими психическими функциями (ВПФ) понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности».

Системное представление о локализации ВПФ отличается следующими особенностями:

– ВПФ имеют опосредованный характер (опираются на исторически сложившиеся вспомогательные внешние средства, которые оказываются существенными факторами установления функциональной связи между отдельными участками мозга, объединяющимися в единую функциональную систему);

– локализация ВПФ не является устойчивой, меняясь как в процессе развития ребенка, так и на последовательных этапах упражнения.

Опираясь на пересмотренные понятия «функция» и «локализация», А. Р. Лурия и Л. С. Выготский сформулировали концепцию системной динамической локализации ВПФ, согласно которой любая психическая деятельность человека является сложной функциональной системой, обеспечиваемой целым комплексом совместно работающих аппаратов мозга. Эти функциональные системы формируются в онтогенезе и могут динамически перестраиваться в зависимости от конкретной задачи. Они имеют двойной принцип строения – вертикальный и горизонтальный. Таким образом, психическая функция любой степени сложности осуществляется при участии целого ряда корковых зон, подкорки, активизирующей системы мозга и, следовательно, не может быть локализована в каком-то одном участке коры. Один и тот же аппарат может перестраиваться для обеспечения разных видов деятельности. Е. Д. Хомская подчеркивает, что ВПФ обеспечиваются мозгом как целым, но это целое состоит из высокодифференцированных разделов, систем, каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции.

Основные положения теории системной динамической локализации высших психических функций:

– каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и обеспечивается мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции;

– различные элементы функциональной системы могут находиться в достаточно удаленных друг от друга участках мозга и при необходимости замещают друг друга;

– при повреждении определенного участка мозга возникает «первичный» дефект – нарушение определенного физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре;

– как результат поражения общего звена, входящего в разные функциональные системы, могут возникать «вторичные» дефекты.

В настоящее время теория системной динамической локализации высших психических функций является основной теорией, объясняющей взаимосвязь психики и мозга.

Теория опирается на 3 принципа:

1) Системности. Психофизиологически наши ПФ опираются на работу многоуровневых систем, имеющих афферентные и эфферентные пути (принцип системности Анохина).

2) Динамичности. (Бернштейн). Можно найти сохранные звенья для замены, на которые можно опереться.

3) Принцип опоры на сохранный звено. Функция приходит на смену утраченной.

Высшая психическая функция - теоретическое понятие, введенное Л.С. Выготским, обозначающее сложные психические процессы, социальные по своему формированию, которые опосредствованы и за счет этого произвольны.

Важнейшими характеристиками ВПФ являются:

1) прижизненное формирование под влиянием социальных воздействий;

2) опосредованность знаковыми системами («психологическими орудиями», по Л.С.Выготскому), среди которых ведущая роль принадлежит речи;

3) осознанность и произвольность их осуществления.

Одним из наиболее распространенных **методов оценки синдромов в нейропсихологии** является система, которую предложил А. Р. Лурия. Она включает в себя:

1) формальное описание больного, историю его болезни;

2) общее описание психического статуса больного (состояние сознания, способность ориентироваться в месте и времени, уровень критики и т. д.);

- 3) исследования произвольного и непроизвольного внимания;
- 4) исследования эмоциональных реакций;
- 5) исследования зрительного гнозиса (по реальным объектам, по контурным изображениям и т. д.);
- 6) исследования соматосенсорного гнозиса (узнавание объектов на ощупь, по прикосновению);
- 7) исследования слухового гнозиса (узнавание мелодий, повторение ритмов);
- 8) исследования движений и действий (оценивание координации, результатов рисования, предметных действий и т. д.);
- 9) исследования речи;
- 10) исследования письма (букв, слов и фраз);
- 11) исследования чтения;
- 12) исследования памяти;
- 13) исследования системы счета;
- 14) исследования интеллектуальных процессов. Один из важных разделов нейропсихологии исследует механизмы и способы восстановления высших психических функций, нарушенных в итоге локальных патологий головного мозга. Было выдвинуто положение о возможности восстановления пострадавших психических функций за счет перестройки функциональных систем, определяющих реализацию высших психических функций.

Тема 4. Психогении: акцентуации характера и психопатии. Неврозы, реактивные психозы.

Краткий исторический очерк изучения неврозов, реактивных состояний, акцентуаций и психопатий. Распространенность психогенных расстройств в мире и в нашей стране. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии неврастении, невроза навязчивых состояний, истерического невроза. Прогноз, профилактика неврозов. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии, классификация реактивных состояний. Классификация и типологическая характеристика акцентуаций характера. Этиология, клинические проявления психопатии. Психологическое консультирование, Медико–педагогическая коррекция и психотерапия

История изучения неврозов, реактивных состояний, акцентуаций и психопатий.

В начале XX века основное место в зарубежной литературе по неврозам отводилось психоанализу, основоположником которого был З. Фрейд. Во второй половине XX века большое значение приобретают работы психолога, психиатра и психотерапевта Владимира Николаевича Мясищева – ученика и последователя В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского. Эти работы базируются на результатах экспериментальных исследований, полученных в лаборатории И.П. Павлова. Признание многофакторной обусловленности неврозов дополняется в них представлением о доминирующей роли психологического фактора. Для возникновения невроза решающим является значимость для личности нарушенного отношения.

Понятие «невроз» было введено в медицину в 1776 году шотландским врачом Уильямом Кулленом.

Активное изучение реактивных состояний началось в конце 19 века. Информация, накопленная во время Гражданской войны (1917 – 1922), значительно расширила знания о них. Большинство исследователей – медиков признали психогенные болезни самостоятельной нозологической единицей.

Немецкий психиатр К. Ясперс в 1946 г для диагностирования реактивных заболеваний выделил основные клинические признаки, которые назвали триадой:

- болезнь возникает в результате психологической травмы;
- проявления психогенных расстройств связаны с интенсивным воздействием неблагоприятных факторов или стресса на психику;
- обязательное угасание выраженности симптомов после прекращения действия психотравмы.

Попытки построения типологии характеров неоднократно предпринимались на протяжении всей истории психологии. Одной из наиболее известных и ранних из них явилась та, которая еще в начале нашего века была предложена немецким психиатром и психологом Э.Кречмером, а также нашим соотечественником В.М. Бехтеревым. Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий.

Еще на заре учения о психопатиях возникла проблема отграничения их от крайних вариантов нормы, В.М. Бехтерев упоминал о «переходных состояниях между психопатией и нормальным состоянием». Бельгийский психиатр Dalemagne (цит. по О. В. Кербикову) отличал «неуравновешенных» от «легко теряющих равновесие». Е. Kahn выделил группу «дискордантно-нормальных» как переходную от нормы к психопатиям. П. Б. Ганнушкин подобные случаи обозначал как «латентную психопатию», М. Трагер и О. В. Кербиков как «предпсихопатию», Г.К. Ушаков как «крайние варианты нормального характера», Л.И. Спивак и как «нервно-психическую неустойчивость».

Отличия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях П. Б. Ганнушкина – О. В. Кербикова. При акцентуациях характера может не быть ни одного из этих признаков: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявления во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации как следствия тяжести аномалии характера.

Первым из психиатров, описавшим психопатию, был директор знаменитейшего в мире приюта для душевнобольных – больницы Бисетр на окраине Парижа. Филипп Пинель (1745–1826), основоположник современной психиатрии, написал о группе пациентов, страдающих «mania sans délire» («безумием без бреда»). Этот термин использовали в тех случаях, когда человек обладал нормальным интеллектом, но отличался значительными недостатками поведения с такими типичными чертами, как жестокость, асоциальность, злоупотребление спиртным и наркотическими веществами, безответственность и безнравственность.

Повторив Пинеля, американский психиатр Бенджамин Раш (1745–1813) утверждал, что на нравственные качества, как и интеллектуальные, могут влиять повреждения мозга и они тоже должны входить в компетенцию медицинской науки.

Показатели распространённости нарушений психического здоровья в Европейском регионе очень высоки. По данным ВОЗ (2006), из 870 млн человек, проживающих в Европейском регионе, около 100 млн испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн - болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн - шизофренией; 4 млн - биполярными аффективными расстройствами и 4 млн - паническими расстройствами.

Анализируя материалы ВОЗ, национальные статистические и клинко-эпидемиологические материалы, О.И. Щепин в 1998 году выявил тенденции и закономерности распространения психических заболеваний в РФ.

- Первая (основная) закономерность - показатели распространённости в России всех психических болезней за последние 45 лет выросли в 10 раз.
- Вторая закономерность - относительно низкий уровень и незначительный рост показателей распространённости психозов (собственно душевных или психотических расстройств: увеличение всего в 3,8 раза за весь XX век, или с 7,4 случая на 1 тыс. человек в 1900-1929 годы до 28,3 в 1970-1995 годы). Самые высокие уровни распространённости и показатели роста характерны для неврозов (выросли в 61,7 раза, или с 2,4 до 148,1 случаев на 1 тыс. человек) и алкоголизма (выросли в 58,2 раза, или с 0,6 до 34,9 случая на 1 тыс. человек).
- Третья закономерность - высокие показатели роста уровней распространённости психического недоразвития (в 30 раз, или с 0,9 до 27 случаев на 1 тыс. человек) и старческих психозов (в 20 раз, или с 0,4 до 7,9-8 случаев).
- Четвёртая закономерность - наибольшее повышение уровней распространённости психической патологии отмечено в 1956-1969 годы. Например: 1900-1929 гг. - 30,4 случая на 1 тыс. человек. 1930-1940 - 42,1 случая; 1941-1955 - 66,2 случая; 1956-1969 - 108,7 случая и 1970-1995 - 305,1 случая.

• Пятая закономерность - фактически одинаковый уровень распространённости психических болезней как в экономически развитых странах Запада, так и в Союзе Советских Социалистических Республик (рост за 1930-1995 годы в 7,2 и 8 раз). Такая закономерность отражает общечеловеческую сущность психической патологии, независимо от социально-политической структуры общества.

Неврастения (астенический невроз, невроз истощения) - проявляется в первую очередь астеническим синдромом; сочетание раздражительности с повышенной утомляемостью и истощаемостью; чрезвычайно чувствительны к внешним воздействиям и ощущениям со стороны внутренних органов.

Больные по ничтожному поводу расстраиваются до слез, обидчивы. Сами сожалеют о том, что не могут сдерживать своих реакций. Резко снижается работоспособность, больные жалуются на снижение памяти, интеллектуальную несостоятельность, нарушение сна.

Неврастения развивается вследствие продолжительного воздействия физических перегрузок (например, напряженная работа), частых стрессовых ситуаций, затяжных конфликтов или личных трагедий. Также можно выделить факторы, которые могут благоприятствовать возникновению неврастении – это заболевания соматического характера и хроническая интоксикация.

Лечение: наиболее эффективно сочетание рациональной психотерапии и аутогенной тренировки с медикаментозным лечением. В случаях неврастений у детей и подростков с успехом применяют семейную психотерапию. Рекомендуются препараты седативного (транквилизаторы, препараты брома и др.) и стимулирующего действия (напр., лимонник, женьшень), ноотропные средства, общеукрепляющие средства, а также физиотерапевтические процедуры (теплые ванны, электросон и др.). Необходимы отдых и нормализация режима. Весьма эффективно санаторно-курортное лечение.

Невроз навязчивых состояний - общее название неврозов, проявляющихся навязчивыми страхами, представлениями, воспоминаниями и т.д., которые воспринимаются больными как чуждые, но от которых они не могут избавиться.

Возникновение связано с наличием психотравмы. Патогенетические механизмы связаны с особенностями психотравмы и типом личности. К неврозу навязчивых состояний предрасположены личности с психастеническим типом акцентуации.

Клинические проявления: возникновении фобии;

- 1) возникновение навязчивых компульсивных расстройств;
- 2) возникновение обсессивных расстройств;
- 3) сохранение критического отношения к своим страхам и опасениям;
- 4) выработка защитных психологических механизмов, ритуалов.

Прогноз: протекают благоприятно и заканчиваются выздоровлением; однако при выраженных акцентуациях характера, недостаточном уровне зрелости; соматической отягощенности и неразрешимой психотравмирующей ситуации появляется тенденция к затяжному течению и переходу в невротическое развитие личности.

Клинические варианты:

1. Обсессивный вариант:

- навязчивые воспоминания, счет, представления;
- сомнения в реальности происходящего, проверка кранов, газа, света и т.д.

2. Фобический вариант:

- страхи ситуаций, животных, болезней и т.д.;
- реакции паники;
- ритуалы, защитные действия.

3. Навязчиво-компульсивный вариант:

- контрастные идеи, влечения и действия, желание совершить противоречащие морали, а то и просто ужасные поступки.

Лечение:

- 1) желательна психиатром или психотерапевтом в условиях стационара, а затем амбулаторно;
- 2) общеукрепляющая терапия, витамины, ноотропы, режим питания, прогулки, физические упражнения, физиотерапия и др.;
- 3) психофармакотерапия, сочетание транквилизаторов, нейролептиков и антидепрессантов;
- 4) психотерапия, аутогенная тренировка, поведенческая терапия и т.д., индивидуальная, групповая и семейная.

Истерический невроз - это невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных, стремлением любой ценой привлечь к себе внимание окружающих.

Основная причина - психическая травма; важный предрасполагающий момент - задержка психического развития, инфантилизм, неправильное воспитание.

Группы симптомов:

1. Вегетативные: обмороки, вегетативные кризы с сердцебиением, тошнотой, головокружением, головные боли в виде спазмов и др.
2. Двигательные: гиперкинезы и акинезы, параличи, парезы.
3. Сенсорные: анестезии, гипер- и гипестезии, алгии.

Истерический припадок в настоящее время чаще напоминает какой-либо вегетососудистый пароксизм, инфаркт, криз и т.д. Часто имеются аффективные нарушения, эмоциональная лабильность, бурные аффекты и т.д.

Истерию еще иначе называют «великой симулянткой», ведь проявляться она может разнообразнейшими симптомами, а серьезные отклонения со стороны работы внутренних органов, которые можно было бы подтвердить при помощи лабораторных или инструментальных обследований, при этом отсутствуют.

Подобным расстройствам свойственна изменчивость под влиянием новой информации, внезапность появления и исчезновения симптомов. Для самих больных симптомы истерического невроза являются средством манипуляции окружающими. Они могут полностью исчезать, как только цель достигнута.

Лечение: медикаментозное лечение истерического невроза проводится транквилизаторами (диазепам, феназепам), назначаемыми в небольших дозах и непродолжительными курсами. Если симптомы истерии приобретают затяжной характер, в таких случаях транквилизаторы сочетают с нейролептиками, оказывающими коррективное воздействие на поведение человека (неулептилом, эглонилом, хлорпротиксеном).

Большой эффективностью обладает психотерапия: семейная, групповая, гипнотерапия. Лечить лучше в условиях стационара. В случае истерического припадка - изоляция больного.

Прогноз невроза зависит от его вида, этапа развития и длительности течения, своевременности и адекватности оказываемой психологической и медикаментозной помощи. В большинстве случаев вовремя начатая терапия приводит, если не к излечению, то к значительному улучшению состояния пациента. Длительное существование невроза опасно необратимыми изменениями личности и риском суицида.

Первичная профилактика неврозов включает:

- предотвращение психотравмирующих ситуаций в быту и на работе;
- сглаживание семейных конфликтов.

Вторичная профилактика состояния неврозов включает:

- предотвращение рецидивов;
- изменение отношения пациентов путем бесед к психотравмирующим ситуациям (лечение убеждением), внушения и самовнушения; при их выявлении своевременное лечение;
- способствование увеличению яркости в помещении;
- диетотерапия (сбалансированное питание, отказ от алкогольных напитков и кофе);
- витаминотерапия, достаточный сон;

- адекватное и своевременное лечение других заболеваний: сердечно-сосудистых, эндокринных, атеросклероза сосудов мозга, железо- и витамин В12-дефицитной анемии;
- исключение токсикомании, наркомании, алкоголизма.

Реактивные состояния (психогении) – заболевания, вызываемые острой или хронической психической травмой. Под воздействием сильной психической травмы развиваются реактивные психозы. Меньшее по силе, но длительное психогенное воздействие вызывает неврозы. Психогенные заболевания носят функциональный характер и полностью обратимы.

В формировании психогений, особенно неврозов, значительная роль принадлежит преморбидным особенностям личности и характеру психической травмы.

Выделяют острые психотравмы, вызывающие запредельное торможение, нарушение сознания, эмоциональные расстройства и затяжные, по типу «капли переполняющей чашу», когда очередной толчок приводит к срыву нервной деятельности.

Психотравмирующие ситуации, в свою очередь, подразделяются на индивидуальные и типовые. К первым относятся служебные психотравмы, семейные, сексуальные. Типовые – это военная ситуация, катастрофы и стихийные бедствия они отличаются массивностью психической травматизации, охватывают большую часть населения. Тюремная ситуация, в основе которой тревога перед неизвестным, также является мощным психогенным фактором.

Реактивные психозы представляют собой патологическую реакцию психотического уровня на сильные одномоментные психические травмы. Выделяют следующие клинические формы реактивных психозов:

1. аффективно-шоковые реакции (реактивный ступор, реактивное возбуждение);
2. истерические психозы (псевдодеменция, пуэрилизм);
3. истерическое (сумеречное состояние сознания);
4. реактивная депрессия;
5. реактивный параноид;

Критериями диагностики реактивных психозов являются следующие (критерии К. Яспера):

- непосредственная связь (по времени) возникновения психоза с психотравмирующей ситуацией,
- отражение событий психотравмирующей ситуации в содержании симптоматики,
- возможность прекращения психоза при устранении психотравмирующей ситуации.

Острые аффективно-шоковые реакции возникают при внезапных очень сильных потрясениях, тяжелых известиях, в обстановке угрожающей жизни.

Реактивный (психогенный) ступор проявляется внезапно наступившей обездвиженностью (адинамический ступор), мутизмом. Продолжается несколько часов или дней. После выхода из этого состояния часто наступает амнезия, т. к. имеет место, аффективно суженное сознание.

Реактивное возбуждение характеризуется внезапно наступившим бессмысленным хаотическим психомоторным возбуждением, паникой, бесцельной двигательной активностью. Как и ступор сопровождается нарушением сознания и последующей амнезией пережитого. Длительность реактивного возбуждения ограничивается несколькими десятками минут.

Затяжные реактивные психозы подразделяются на психозы, преимущественно исторического характера (псевдодеменция, синдром Ганзера, пуэрилизм), и не исторические (реактивные – депрессия, параноид).

Псевдодеменция характеризуется мнимой утратой простейших знаний и умений. На самые элементарные вопросы больные дают неправильные ответы (миморечь), но в плане задаваемого вопроса. Не могут выполнять простейшие инструкции, и выполняют их нарочито неправильно (мимодействие), на лице постоянно глупая улыбка, широко раскрытые глаза. Больные не могут себя обслуживать, становятся беспомощными в бытовых вопросах. Псевдодеменция чаще всего протекает при аффективно суженном сознании. Длится от нескольких дней до нескольких недель.

Синдром Ганзера характеризуется истерическим сумеречным помрачением сознания с преобладанием в клинической картине явлений mimo говорения.

Пуэрилизм – детское поведение, способ ухода от реальной действительности. Нередко сочетается с псевдодеменцией.

Реактивная депрессия. Основным в картине депрессии является угнетенное подавленное настроение, все внимание больных сконцентрировано на психической травме. Двигательной заторможенности обычно не бывает. В некоторых случаях могут быть идеи самообвинения, иногда бывают и галлюцинаторные переживания, отражающие психотравмирующую ситуацию. Длительность обычно не превышает 2–3 месяцев. Выход из депрессии постепенный, через астенический синдром. Достаточно часто наблюдается картина постреактивного развития личности.

Реактивное бредообразование (параноид) – возникает в ситуации реальной угрозы для личности, характеризуется разнообразными психогенно возникающими бредовыми идеями (преследования, отношения). В содержании бредовых идей расстройств восприятия обязательно отражается психотравмирующая ситуация. Поведение определяется бредовой оценкой окружающего. Тяжесть переживаний зависит от длительности психотравмирующей ситуации. Болезнь обычно продолжается несколько месяцев, однако возможно и затяжное течение. К разновидности психогенных параноидов относится бред тугоухих и индуцированное помешательство.

При лечении реактивных психозов по возможности необходимо устраивать неблагоприятную психогенную ситуацию. В последующем лечение проводится, дифференцировано, в зависимости от преобладания тех или иных психических расстройств (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, различные виды психотерапии).

Акцентуации (от лат. *accentus* – ударение, подчеркивание) – крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера гипертрофированы и проявляются в форме «слабых мест» в психике индивида – избирательной ее уязвимости в отношении некоторых воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим воздействиям. Отдельные акцентуированные черты характера обычно бывают достаточно компенсированы. Однако в трудных ситуациях у человека с акцентуированным характером может возникнуть нарушение поведения. Акцентуации характера, его «слабые места» могут быть явными и скрытыми, проявляющимися в экстремальных ситуациях. Лица с личностными акцентуациями более податливы влияниям среды, более подвержены психическим травмам. И если неблагоприятная ситуация наносит удар по «слабому месту», то все поведение таких лиц резко видоизменяется – начинают доминировать особенности акцентуации.

Типы акцентуированных личностей описаны К. Леонгардом и А. Е. Личко.

В отличие от психопатий акцентуации характера не вызывают общую социальную дезадаптацию личности. Интенсивно проявляясь в подростковом возрасте, акцентуации характера со временем могут компенсироваться, а при неблагоприятных условиях – развиваться и преобразоваться в «краевые» психопатии.

Гипертимический тип. Отличается почти всегда хорошим настроением, высоким жизненным тонусом, брызжущей энергией, неудержимой активностью. Стремится к лидерству, авантюрам. Необходимо сдержанно относиться к его необоснованному оптимизму и переоценке своих возможностей. Черты, привлекательные для собеседников: энергичность, жажда деятельности, инициативность, чувство нового, оптимизм. Для окружающих людей в нем неприемлемо: легкомыслие, склонность к аморальным поступкам, несерьезное отношение к возложенным на него обязанностям, раздражительность в кругу близких людей. Конфликт возможен при монотонной работе, одиночестве, в условиях жесткой дисциплины, постоянных нравоучений. Это приводит к тому, что у этого человека возникает гнев. Такой человек хорошо себя проявляет в работе, связанной с постоянным общением. Это организаторская деятельность, служба быта, спорт, театр. Для него характерно часто менять профессии и работы.

Дистимический тип. Противоположность первому типу: серьезный, пессимист. Постоянно пониженное настроение, грусть, замкнутость, немногословность. Эти люди тяготеют шумными обществами, с сослуживцами близко не сходятся. В конфликты вступают редко, чаще являются в них пассивной стороной. Они очень ценят тех людей, которые дружат с ними и склонны им подчиняться. Окружающим нравится их серьезность, высокая нравственность, добросовестность и справедливость. Но такие черты, как пассивность, пессимизм, грусть, замедленность мышления, «отрыв от коллектива», отталкивают окружающих от знакомства и дружбы с ними. Конфликты наблюдаются в ситуациях, которые требуют бурной деятельности. На этих людей смена привычного образа жизни оказывает отрицательное воздействие. Они хорошо справляются с работой, в которой не требуется широкий круг общения. При неблагоприятных условиях проявляют склонность к невротической депрессии. Эта акцентуация возникает чаще всего у лиц меланхолического темперамента.

Циклоидный тип. Акцентуация характера проявляется в циклически меняющихся периодах подъема и спада настроения. В период подъема настроения проявляют себя как люди с гипертимической акцентуацией, в период спада – с дистимической. В период спада обостренно воспринимают неприятности. Эти частые смены душевного состояния утомляют человека, делают его поведения непредсказуемым, противоречивым, склонным к смене профессии, места работы, интересов.

Возбудимый тип. У этого типа людей повышенная раздражительность, склонность к агрессии, несдержанность, угрюмость, занудливость, но возможны льстивость, услужливость, склонность к хамству и нецензурной брани или молчаливости, замедленность в беседе. Они активно и часто конфликтуют, не избегают ссор с начальством, неуживчивы в коллективе, в семье деспотичны и жестоки. Вне приступов гнева эти люди добросовестны, аккуратны и проявляют любовь к детям. Окружающим не нравится их раздражительность, вспыльчивость, неадекватные вспышки ярости и гнева с рукоприкладством, жестокость, ослабленный контроль над влечением. На этих людей хорошо воздействует физический труд, атлетические виды спорта. Им необходимо развивать выдержку, самоконтроль. Из-за неуживчивости они часто меняют место работы.

Застревающий тип. Люди с таким типом акцентуации «застревают» на своих чувствах, мыслях. Они не могут забыть обид и «сводят счеты» со своими обидчиками. У них наблюдается служебная и бытовая несговорчивость, склонность к затяжным склокам. В конфликте чаще всего бывают активной стороной и четко определяют для себя круг друзей и врагов. Проявляют властолюбие. Собеседникам нравится их стремление добиться высоких показателей в любом деле, проявление высоких требований к себе, жажда справедливости, принципиальность, крепкие, устойчивые взгляды. Но в то же время у этих людей есть черты, которые отталкивают окружающих: обидчивость, подозрительность, мстительность, самонадеянность, ревнивость, честолюбие. Конфликт возможен при задетом самолюбии, несправедливой обиде, препятствии к достижению честолюбивых целей.

Педантичный тип. У этих людей ярко выражена «занудливость» в виде переживания подробностей, на службе они способны замучить формальными требованиями, изнуряют домашних чрезмерной аккуратностью. Для окружающих они привлекательны добросовестностью, аккуратностью, серьезностью, надежностью в делах и чувствах. Но такие люди имеют ряд отталкивающих черт характера: формализм, «крючкотворство», «занудливость», стремление переложить принятие решений на других. Конфликты возможны в ситуации личной ответственности за важное дело, при недооценке их заслуг. Они склонны к навязчивости, психастении. Для этих людей предпочтительны профессии, не связанные с большой ответственностью, «бумажная работа». Они не склонны к перемене места работы.

Тревожный тип. Люди этого типа акцентуации отличаются пониженным настроением, робостью, боязливостью, неуверенностью в себе. Они постоянно опасаются за себя, своих близких, долго переживают неудачу и сомневаются в правильности своих действий. В конфликты вступают редко и играют пассивную роль. Конфликты возможны при ситуации страха, угрозы, насмешек, несправедливых обвинений. Окружающим нравится их дружелю-

бие, самокритичность и исполнительность. Но боязливость, мнительность служат подчас мишенью для шуток. Таким людям нельзя быть руководителями, принимать ответственные решения, так как им свойственно бесконечное переживание, взвешивание.

Эмотивный тип. Человек этого типа характера чрезмерно чувствителен, раним и глубоко переживает малейшие неприятности. Он чувствителен к замечаниям, неудачам, поэтому у него чаще всего печальное настроение. Он предпочитает узкий круг друзей и близких, которые понимали бы его с полуслова. В конфликты вступает редко и играет в них пассивную роль. Обиды не выплескивает наружу, а предпочитает держать их в себе. Окружающим нравится его сострадание, жалость, выражение радости по поводу чужих удач. Он очень исполнительен и имеет высокое чувство долга. Такой человек обычно бывает хорошим семьянином. Но крайняя чувствительность, слезливость отталкивают от него окружающих. Конфликты с близким человеком, смерть или болезни он воспринимает трагически. Ему противопоказаны несправедливость, хамство, пребывание в окружении грубых людей. Наиболее значительных результатов он достигает в сфере искусства, медицины, воспитания детей, уходе за животными и растениями.

Демонстративный тип. Этот человек стремится быть в центре внимания и добивается своих целей любой ценой: слезы, обморок, скандалы, болезни, хвастовство, наряды, необычные увлечения, ложь. Он легко забывает о своих неблагоприятных поступках. У него выражена высокая приспособляемость к людям. Этот человек привлекателен для окружающих обходительностью, упорством, целенаправленностью, актерским дарованием, способностью увлечь других, а также своей неординарностью. Он имеет черты, которые отталкивают от него людей, черты эти способствуют конфликту: эгоизм, необузданность поступков, лживость, хвастливость, склонность к интригам, отлынивание от работы. Конфликте таким человеком происходит при ущемлении его интересов, недооценки заслуг, низвержения с «пьедестала». Эти ситуации вызывают у него истерические реакции.

Экзальтированный тип. Люди с таким типом акцентуации имеют очень изменчивое настроение, словоохотливость, повышенную отвлекаемость на внешние события. Их эмоции ярко выражены и находят свое отражение во влюбчивости. Такие черты, как альтруизм, художественный вкус, артистическое дарование, яркость чувств и привязанность к друзьям, нравятся собеседникам. Но чрезмерная впечатлительность, патетичность, паникерство, подверженность отчаянию являются не лучшими их чертами. Неудачи и горестные события воспринимаются трагически, такие люди имеют склонность к невротической депрессии. Их среда существования – это сфера искусств, художественные виды спорта, профессии, связанные с близостью к природе.

Интровертированный тип. Люди этого типа акцентуации характеризуются малой общительностью, замкнутостью. Они находятся в стороне ото всех и вступают в общение с другими людьми только по необходимости, чаще всего погружены в себя и свои мысли. Им свойственна повышенная ранимость, но они ничего не рассказывают про себя и не делятся своими переживаниями. Даже к своим близким они относятся холодно и сдержанно. Их поведение и логику часто не понимают окружающие. Эти люди любят одиночество и предпочитают находиться в уединении, а не в шумной компании. В конфликты вступают редко, только при попытке вторгнуться в их внутренний мир. Они разборчивы в выборе супруга и заняты поисками своего идеала. У них сильно выражена эмоциональная холодность и слабая привязанность к близким. Окружающим людям они нравятся за сдержанность, степенность, обдуманностью поступков, наличие твердых убеждений и принципиальность. Но упорное отстаивание своих нереальных интересов, взглядов и наличие своей точки зрения, резко отличающейся от мнения большинства, отталкивают от них людей. Таким людям предпочтительна работа, не требующая большого круга общения. Они склонны к теоретическим наукам, философским размышлениям, коллекционированию, шахматам, фантастике, музыке.

Конформный тип. Люди этого типа обладают высокой общительностью, словоохотливостью до болтливости. Обычно они не имеют своего мнения и не стремятся выделиться из толпы. Эти люди не организованы и стремятся подчиниться другим. В общении с друзьями и

в семье уступают лидерство другим. Окружающим в этих людях нравится их готовность выслушать другого, исполнительность. Но в то же время это люди «без царя в голове», подвержены чужому влиянию. Они не обдумывают свои поступки и имеют большую страсть к развлечениям. Конфликты возможны в ситуации вынужденного одиночества, бесконтрольности. Эти люди обладают легкой приспособляемостью к новой работе и отлично справляются со своими должностными обязанностями, когда четко определены задачи и правила поведения.

Этиология и патогенез психопатий.

Два основных направления:

1. *Конституционально-генетическое* – корреляция между телосложением человека и его характерологическими особенностями; более частое совпадение характерологических качеств у монозиготных близнецов (однойцевых) по сравнению с дизиготными (разнойцевыми);

2. *Социально-психологическое* – внутриутробные инфекции и интоксикации, родовые травмы, поражения головного мозга в раннем детстве; воспитание в условиях «неполного дома», тяжелой конфликтной ситуации в семье, жесткий авторитарный стиль воспитания ребенка - *психастенические черты*, воспитание по типу «кумира семьи» - *истерические черты*, игнорирование нужд и интересов ребенка, отсутствие эмоционального тепла в отношении к нему, воспитание по типу «золушки» - *астенические черты, аффективная возбудимость*).

Психодинамический подход: психопатическое поведение обусловливается нарушением межличностных отношений в очень ранние периоды развития ребенка (до полного завершения формирования мышления и речи), что приводит к особой фиксации на ранних стадиях развития (в первую очередь сексуального).

Нейрофизиологические основы психопатии - положения о типах высшей нервной деятельности и о сбалансированности деятельности первой и второй сигнальных систем - в основе концепции И.П. Павлова лежит анализ соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга и подкорковых структурах.

В последние годы была сформирована *новая психологическая концепция* - этологическая (*ethologia* от греч. «*ethos*» – обычай, приемы, и «*logos*» – учение) - поведение человека непосредственно вытекает из его животного прошлого.

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

Основной целью психологического консультирования является формирование личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррекции является выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Под **психологическим консультированием** подразумевается проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объективных данных и научных интерпретаций их результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком общежитских проблем, формированию новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту. Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, диагностический процесс и способствует определению нормального

или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, процесс информирования индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях; в-третьих, процесс обучения навыкам психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния.

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

Психотерапия в узком понимании термина является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустраций, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия. При широком толковании термина «психотерапия» под данным видом психологического воздействия имеют ввиду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

Тема 5. Психогигиена, психопрофилактика.

Подходы к пониманию психогигиены и психопрофилактика в системе клинической психологии. Определения понятий. Виды. Классификация психопрофилактических мероприятий. Психогигиена и психопрофилактика в образовательных учреждениях, производственных коллективах и здравоохранении

Психогигиена – наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья человека. Она является составной частью более общей медицинской науки о здоровье человека – гигиены. Изучает меры и средства формирования, сохранения и укрепления психического здоровья людей и предупреждения психических заболеваний.

Специфической особенностью психогигиены является тесная связь ее с клинической (медицинской) психологией, которая В.Н. Мясищевым рассматривается в качестве научной основы психогигиены. В системе психологических наук, предложенной известным отечественным психологом К.К. Платоновым (1972), психогигиена включена в медицинскую психологию.

Теоретическая основа психогигиены - социальная и общая психология, психотерапия, социальная психиатрия и физиология высшей нервной деятельности.

Психогигиена занимается исследованием влияния внешней среды на психическое здоровье человека, выделяет вредоносные факторы в природе и обществе, определяет и организует пути и способы преодоления неблагоприятных воздействий на психическую сферу.

Важными проблемами и направлениями исследований являются:

- экология человека - изучение факторов и условий среды, влияющих на психическое развитие и психическое состояние человека,
- забота об укреплении соматического здоровья, о гармоническом всестороннем развитии личности,
- забота о правильном воспитании детей и подростков,
- рационализация процесса обучения в школе с целью предотвращения нервно-психических перегрузок;

- психологический климат в больших и малых социальных группах;
- разработка методов повышения психической стойкости работников, профессиональные обязанности которых требуют значительного эмоционального напряжения;
- система отношений больного человека к себе, своей болезни, медперсоналу и др.
- эпидемиологические транскультурные исследования заболеваемости, микросоциологических.

Основной целью психогигиены является сохранение психического здоровья, душевного равновесия.

Виды:

- 1) Возрастная психогигиена.
- 2) Психогигиена быта.
- 3) Психогигиена трудовой деятельности и обучения.
- 4) Психогигиена семейной жизни.

Психопрофилактика – раздел общей профилактики, включающий комплекс мероприятий, обеспечивающих психическое здоровье и предупреждение возникновения и распространения психических заболеваний.

Для осуществления этих мероприятий психопрофилактика использует ряд методов:

- медицинского обследования психического состояния различных групп населения – учащихся, военнослужащих и т. д.;
- анализ данных статистического изучения заболеваемости психическими болезнями и условий их возникновения;
- ранняя диагностика психических заболеваний;
- санитарно-просветительная работа;
- организация специальных видов медпомощи – в первую очередь психоневрологических диспансеров, дневных и ночных стационаров, санаториев.

Задачами психопрофилактики являются:

1. предотвращение действия на организм и личность болезнетворной причины;
2. предупреждение развития заболевания путем его ранней диагностики и лечения;
3. предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В нашей стране принята международная классификация этапов психопрофилактики. По терминологии Всемирной Организации Здравоохранения, профилактика делится на:

- первичную,
- вторичную и
- третичную.

Первичная психопрофилактика – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику и предупреждение психических заболеваний у психически здорового населения. На этом уровне система психопрофилактики состоит в изучении выносливости психики к воздействию вредных агентов окружающей среды и возможных путей увеличения этой выносливости, а также предупреждении психогенных заболеваний.

Вторичная психопрофилактика – это максимально раннее выявление начальных фаз нервно-психических заболеваний и их своевременное (раннее) активное лечение. Она состоит в контроле за неутяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психического заболевания или психологического кризиса.

Третичная психопрофилактика – это предупреждение рецидивов нервно-психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека, перенесшего заболевание. Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно-психического заболевания.

Методы психопрофилактики и психогигиены включают в себя психокоррекционную работу в рамках консультативных центров, «телефонов доверия» и других организаций, ориентированных на психологическую помощь здоровым людям. В числе психопрофилакти-

ческих мероприятий могут быть – массовые обследования с целью выявления так называемых групп риска и профилактической работы с ними, информация населения и т.д.

Проблемы психогигиены имеют в условиях учебно-воспитательной работы школы свои особенности. Они состоят в том, что при организации службы школьной психогигиены необходимо учитывать возрастные особенности и специфику учебно-воспитательного процесса. Школьная психогигиена не раскрывает клинические методы воздействия на нервно-психическую сферу ребенка, но она вооружает учителя определенным объемом знаний и умений, необходимых для обеспечения психического здоровья учащихся.

В зависимости от решаемых вопросов школьную психогигиену можно подразделить на две части: 1) психопрофилактика; 2) доврачебное воздействие на учащихся с аномалиями психического состояния и поведения.

Психопрофилактика призвана создать такую организацию жизни учащихся, которая обеспечит их оптимальное психическое состояние. Реализуя эту проблему, психопрофилактика решает следующие задачи: предупреждение интеллектуальных и эмоциональных перегрузок; создание оптимального для учащихся психологического климата; обучение школьников приемам психической саморегуляции (обучение приемам самонастройки и умениям снимать психические перегрузки); анализ и оценка всех применяемых учителем средств воздействия соответственно требованиям педагогической этики.

Более сложная для школы проблема – нормализующее воздействие на учащихся с легкими психическими сдвигами.

К первому типу относятся нервно-психические сдвиги, не ведущие к изменениям в отражении реального мира. Психический сдвиг здесь существенно не изменяет поведение человека. Этот тип нервно-психических расстройств характеризуется легким извращением психических процессов, они отклоняются от нормы в сторону ослабления или усиления. Конкретно эти отклонения выражаются в детских неврозах или в таких аномалиях характера, как аффективное поведение, резкая вспыльчивость, ослабленность самоконтроля и т. п. Подобные нервно-психические расстройства принято называть легкими психическими сдвигами, или пограничными состояниями. Это еще не патология, но уже и не норма психики.

Второй тип нервно-психических расстройств – психозы. При психозе больные искаженно отражают окружающий их мир, поведение их неадекватно обстановке. Больные психозами не отдают отчета своим мыслям, чувствам и действиям. В группу этих нервно-психических расстройств входят шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, параноидные состояния и другие болезни.

Факторы, влияющие на возникновение легких психических сдвигов у школьников, подразделяются на парентогенные, дидактогенные, социогенные, личностные и соматические.

Парентогенные факторы, т. е. «порождаемые родителями», названные так А. И. Захаровым, представляют собой неблагоприятное воздействие родителей на детей. Конфликтные ситуации в семье, грубость родителей нередко являются причиной детского невроза.

Дидактогенные факторы, описанные К. К. Платоновым, приводят к школьным неврозам. Из-за плохой организации учебно-воспитательной работы или грубости учителя психика ребенка травмируется, и возникают стойкие психические отклонения.

Социогенные факторы – конфликты в классном коллективе или в другой группе сверстников, ценностными ориентациями которых школьник дорожит, могут стать причиной психического сдвига.

Личностные факторы – неудовлетворенность теми или иными чертами характера, неадекватность самооценки и другие подобные явления иногда приводят к возникновению у школьника пограничного состояния.

Соматические факторы – это постоянная тревога из-за реальных или мнимых недостатков своего тела (маленький или чрезмерно высокий рост, дефекты лица и т. п.).

Тема 6. Проблемы психосоматических и соматопсихических взаимоотношений.

Психосоматические и соматопсихические взаимоотношения в норме и патологии. Психологические исследования в клинике соматических заболеваний; психологические аспекты проблемы телесности и интрацепции; психологические проблемы аномального онтогенеза; типы нарушений психического развития; соотношение биологического и социального в природе аномалий развития; Психосоматические расстройства и заболевания. История изучения проблемы. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов. Личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями. Позитивная психотерапия в лечении психосоматических больных. Позитивное толкование болезни. Пословицы и народная мудрость в терапии. Аспекты самопомощи.

Психосоматические расстройства – это соматические заболевания функциональной или органической природы, в происхождении, проявлениях и течении которых существенную роль играют наряду с прочими психологические и психосоциальные факторы.

Соматопсихические расстройства – это психические синдромы различной выраженности (от невроза до психоза), обусловленные имеющимся у пациента соматическим заболеванием, тесно связанные с тяжестью и опасностью этого заболевания.

Соматоформные расстройства – это психические заболевания, сопровождающиеся функциональными изменениями в работе внутренних органов или имитирующие своими проявлениями какое-либо соматическое заболевание.

Типы психосоматических расстройств. П.И. Сидоров и А.В. Парняков выделяют четыре большие **группы психосоматических расстройств**.

А. Конверсионные симптомы – это невротические расстройства, проявляющиеся в эмоционально-аффективной и соматовегетативной симптоматике как символическом выражении психологического конфликта. Напряжение вызывается определенными ситуациями или объектами, которые человек пытается избежать, что проявляется комплексом вегетативных реакций. Происходит конверсия эмоций на «символический язык тела». Например, психогенная слепота или глухота, рвота, истерические параличи. Конверсионные симптомы обратимы и возникают только в ситуациях, значимых для человека.

Б. Функциональные синдромы (органные неврозы) – это психовегетативные дисфункции, которые приобрели условно-рефлекторную природу, т.е. неоднократно повторяющиеся конверсионные симптомы закрепились и проявляются в виде невроза того или иного органа или системы, но уже на различные психотравмирующие факторы, на любые перенапряжение организма. Они также могут возникать самопроизвольно, по «идеаторному» механизму (пациенты думают о возможностях этих нарушений, начинают об этом тревожиться, что и провоцирует данные состояния). Эти функциональные синдромы напоминают соматическое заболевание, но органические изменения при этом отсутствуют. В клинике присутствуют множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы, которые обычно имеют место на протяжении ряда лет. Часто ставят такие диагнозы: «невроз сердца», «психогенная одышка», «невротическая рвота», нейроциркуляторная дистония. Это самоформные расстройства.

В. Психосоматозы (психосоматические заболевания) – органические психосоматические заболевания, в происхождении и развитии которых существенную роль играют психологические факторы. Первоначально под психосоматическими расстройствами в клинической практике понимали нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию неблагоприятных психотравмирующих факторов: стрессу, разного рода конфликтам, кризисным состояниям, катастрофам и т. д. Современное толкование термина «психосоматические расстройства» значительно расширилось и вышло за рамки «классических психосоматозов». Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили семь нозологических единиц: эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродерматит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный неспецифический колит и язвенную болезнь, то в настоящее время регистр психосоматического реагирования значительно расширился за счёт включения в него заболева-

ний сердечно-сосудистой системы, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний, мигрени и др. К числу типичных психосоматических заболеваний в странах Северной Америки и Европы в настоящее время относят нервную анорексию и булимию, некоторые формы психогенного ожирения, сахарный диабет, кардиоспазм, нервную рвоту, синдром раздражённого кишечника, импотенцию, запоры, рак и др.

П.К. Анохин указывал, что длительное переключение эмоционального напряжения внешнего реагирования на внутреннее создает стойкое патологическое повышение тонуса ряда внутренних органов. А сигналы с внутренних органов формируют патологическую обратную связь и способствуют усилению психосоматических расстройств. Возникает замкнутый круг. В сочетании с негативными эмоциями эти процессы длительно фиксируются в центральной нервной системе (ЦНС), а в органах и тканях появляются уже не функциональные, а органические изменения.

Психические расстройства при психосоматических заболеваниях проявляются в виде тревожно-депрессивного и астенического синдромов. Они приводят к изменению реактивности организма, снижению его резистентности в отношении многих патогенных воздействий (даже инфекций). И эта патология с трудом поддается лечению. Вот почему так важно применять психосоматический подход к каждому пациенту, а в терапии использовать не только медикаментозные средства, но и психотерапию.

Выделяют также **психосоматические дисфункции** – относительно кратковременные и обратимые расстройства, тесно связанные с психическим состоянием человека:

- 1) психогенные боли (головные, мышечные, кардиальные);
- 2) функциональные нарушения сердечного ритма (тахикардия, экстрасистолы), переходящие гипертонии, пароксизмальные гипотонические состояния;
- 3) желудочно-кишечные расстройства (нарушения аппетита, рвота, запор, понос, тяжесть в животе);
- 4) дизурии (энурез);
- 5) сексуальные дисфункции, дисменорея, климактерический синдром;
- 6) функциональные неврологические расстройства (тики, заикание).

Г. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения. Это болезни, не вызванные стрессом, но имеющие связь с личностью пациента и ее переживаний: склонность к травмам; ожирение; злоупотребление лекарствами, алкоголизм, наркомания.

Психические расстройства, обусловленные соматическим заболеванием (соматопсихические):

1. Органические (вызваны повреждением мозга): астенический синдром; расстройства сознания (оглушение, сопор, кома, делирий, сумеречное расстройство и др.); галлюциноз; расстройства памяти (корсаковский синдром); расстройства интеллекта (деменция).

2. Функциональные (психологическая реакция на болезнь и ее опасность): аффективно-шоковые реакции; истерические реакции; депрессия; фобии и приступы паники; подозрительность (сверхценные идеи и бред).

3. Соматоформные расстройства: маскированную депрессию; невроты (неврастению, истерию, обсессивно-фобический невроз); панические атаки; ипохондрию; сенестопатию; нервную анорексию.

Экспериментально-психологическое исследование позволяет выявить личностные особенности в структуре нервно-психических расстройств у больных соматическими заболеваниями, установить психологический аспект нарушений механизмов компенсации, оценить личность больного и систему его значимых отношений.

Используется оно и для получения дополнительных данных о заболевании, а также для диагностики, характеристики течения и определения исхода заболевания.

Важнейшим для интерпретации данных о состоянии отдельных сторон психической деятельности и возможности компенсации выявленных нарушений, и особенно в связи с за-

дачами реабилитации, является определение уровня сохранности личности больного и структуры его изменений.

В этом плане могут быть выделены несколько аспектов исследования.

Первостепенная роль принадлежит оценке изменений эмоционально-волевой сферы и, обычно тесно связанных с ними, динамических и качественных особенностей личности, проявляющихся в степени её гармоничности, активности.

Экспериментально-психологические методы используются в клинике также для углублённого анализа психических процессов и причин, механизмов их изменений. Например, на основании клинического наблюдения можно установить наличие у больного психотравмы, но только психологическое исследование поможет установить каковы её причины, имеются ли изменения интра- и интерперсонального характера, каков прогноз выхода из невротического состояния, имеются ли изменения других психических сфер.

Результаты экспериментально-психологического исследования могут быть полезными и для выбора тактики последующей психотерапевтической коррекции, так как характеризуют особенности контакта с больным, его отношение к ситуации эксперимента, степень понимания роли собственных ошибок в возникновении конфликтных ситуаций, способствовавших развитию невротического состояния, интерес к совместному обсуждению его проблем.

Сам по себе психологический эксперимент может иметь психотерапевтическое значение. Особенно возрастает психотерапевтическое значение экспериментально-психологического исследования при повторении его в процессе лечения. Установление корреляции между улучшением самочувствия больного, положительными сдвигами «внутренней картины болезни» и объективно регистрируемыми улучшившимися показателями психической деятельности, способствует повышению психического тонуса больных и уверенности в выздоровлении.

Психологические аспекты проблемы телесности и интрацепции.

Понятие «телесность» используется как психологическая оппозиция тождеству «тело-организм», а сами феномены телесности рассматриваются как проявления стереотипов коммуникации и самовыражения. Однако феноменологический подход, реализуемый в работах по телесно-ориентированной психотерапии, оставляет в принципе без ответа ключевые вопросы проблемной области психосоматики: о механизмах симптомо- и синдромогенеза, о систематике психосоматических феноменов и т. д.

Вместе с тем **психология телесности** до сих пор остается неразработанной областью собственно научной психологии, а сама телесность трактуется как «низшая», архаичная форма жизнедеятельности, на которую не распространяются общепсихологические закономерности человеческого развития и существования.

Теоретико-методологической основой для принципиально нового подхода к психосоматической проблеме может стать концепция Л. С. Выготского, в текстах которого находится мысль о том, что телесные процессы человека нуждаются в новом понимании. Все, с чем имеет дело человек, в том числе и его тело, дано ему в культурно преобразованном виде, заключено в определенную исторически и культурно детерминированную перспективу.

Идея «культурного» тела, его символической природы, неоднократно обсуждалась в философской антропологии (Э.Кассирер), искусствоведении (М. Бахтин, М. Волошин). Однако принцип универсальной роли символического в культуре сам по себе не позволяет раскрыть психологическое содержание культурных феноменов телесности.

Такую возможность открывают представления Л.С. Выготского о закономерностях психологического онтогенеза, опосредствованном строении ВПФ. Мысль о новом качестве физиологических систем человека, возникающем, так сказать, «сверху», вследствие культурно-исторического становления сознания, может быть отнесена ко всей соматической сфере человека, обретающей новое качество в ходе его культурного развития. Как и высшие психические функции, она теряет свой натуральный характер. Конечно, здесь не может быть

полной аналогии с процессом формирования ВПФ, но основной принцип (тип развития – культурно-исторический) распространяется и на организм человека в целом.

Культурно-историческая концепция развития психики позволяет качественно изменить общее представление о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), о закономерностях и механизмах социализации телесных феноменов в норме и патологии. В рамках данного подхода телесность впервые становится не только предметом естественнонаучного анализа, но и включается в широкий контекст гуманитарного знания (психологического, философского, культурологического, этнографического). Можно предположить, что отклонение от культурного пути развития и есть один из центральных источников нарушения телесных функций и возникновения психосоматических расстройств.

Таким образом, предметом психологии телесности являются закономерности развития телесности человека на разных этапах онтогенеза, а также ее структура и психологические механизмы функционирования в качестве человеческого, т. е. культурно детерминированного феномена в норме и патологии; условия и факторы, влияющие на формирование нормальных и патологических явлений телесности.

К исследованию нарушений детской психики необходимо подходить с позиций психического дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом или его последствиями.

Под **дизонтогенезом** (дизонтогенезами) принято понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Одним из основных компонентов постнатального дизонтогенеза является психический дизонтогенез, который В.В. Ковалев определяет как нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга.

Психический дизонтогенез может быть обусловлен как патогенными биологическими факторами (генетическими, экзогенно-органическими и др.), так и более или менее длительно действующими неблагоприятными микросоциально-психологическими средовыми воздействиями. В наиболее неблагоприятных случаях дизонтогенез может быть вызван сочетанием биологических и социально-средовых факторов.

Традиционно клиницисты выделяют **два основных типа психического дизонтогенеза: ретардацию и асинхронию**. В.В. Ковалев в дополнение выделяет третий тип дизонтогенеза, который может быть весьма условно обозначен как *регрессивный*.

Под *ретардацией* понимают запаздывание или приостановку психического развития. Ретардация может быть общей (тотальной) и частной (парциальной). В первом случае говорят о запаздывании или приостановке всего психического и личностного развития в целом. В последнем – о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности (или психомоторики, или речи, или произвольных форм регуляции и т. п.).

Асинхрония определяется как искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие. Она характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом.

Третий тип психического дизонтогенеза, выделенный В.В. Ковалевым, связан с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования. Сущность данного типа составляет временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования.

Специфической задачей детской патопсихологии является определение качественного характера нарушения психического развития ребенка. В решении этой задачи патопсихология тесно взаимодействует с двумя другими отраслями знаний: с детской психиатрией и специальной психологией.

В специальной психологии (являющейся составной частью и теоретической основой дефектологии, специальной педагогики) большое внимание уделяется изучению закономерностей психического развития аномальных детей. Большой вклад в изучение аномалий развития, выявление закономерностей психического развития детей со стойким психофизическим дефектом внес Л.С. Выготский, который обосновал положение о том, что развитие аномального ребенка подчиняется тем же основным закономерностям, которые характерны для психического развития всех детей. Он также выделил специфические закономерности психического развития, характерные для аномальных детей. Л. С. Выготским была выдвинута идея о сложной структуре аномального развития ребенка. Согласно этой идее нарушение психического развития аномальных детей носит системный характер, т. е. наличие психического или физического дефекта приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает сложная целостная картина атипичного развития. В сложной структуре дефекта Л.С. Выготский выделял первичный (биологически обусловленный) дефект и вторичный дефект, возникающий опосредованно в процессе аномального социального развития.

Л.С. Выготский первым обосновал необходимость структурно-динамического изучения аномального развития психики, необходимость анализа патопсихологических механизмов психического дизонтогенеза. Он считал, что психологическое изучение аномального ребенка обязательно должно проходить путь от изучения отдельных симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее – к типу дизонтогенеза. Только такой подход позволит осуществлять дифференцированную диагностику и дифференцированную коррекцию нарушений развития. В.В. Лебединский, основываясь на этих взглядах Л. С. Выготского (которые не потеряли своей актуальности и по сей день), выделил четыре патопсихологических параметра, определяющих характер психического дизонтогенеза. По его мнению, то, как именно будет нарушаться психическое развитие в каждом конкретном случае, зависит:

- 1) от функциональной локализации нарушения;
- 2) времени поражения;
- 3) соотношения первичного и вторичного дефектов;
- 4) характера нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения. Так как мозговая организация психических функций имеет сложное системное строение, то нарушения различных структур мозга будут иметь разные последствия. В связи с этим выделяют общий и частный дефект.

Общий дефект связан с нарушением регуляторных систем как корковых, так и подкорковых. Нарушения подкорковых регуляторных систем (в первую очередь ретикулярной формации, базальных подкорковых ядер) приводят к снижению уровня бодрствования, нарушениям психической активности, патологии влечений, элементарным эмоциональным расстройствам. При нарушениях корковых регуляторных систем (дисфункции деятельности лобных долей мозга, например) отмечается недостаточность целенаправленности, программирования, контроля, обуславливающая дефекты интеллектуальной деятельности и нарушения более сложных, специфически человеческих эмоциональных образований (высших чувств).

Частный дефект связан с нарушением деятельности различных анализаторов (в первую очередь их корковых отделов). Частный дефект приводит к дефицитности отдельных функций гнозиса, праксиса, речи.

Второй параметр психического дизонтогенеза связан с временем поражения. Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы.

Еще Л.С. Выготский указывал, что чем раньше произошло поражение нервной системы, тем вероятнее явление недоразвития психики. Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психических функций.

Такая закономерность определяется не столько хронологическим моментом, сколько длительностью периода развития той или иной функции. Повреждаются чаще функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано). Коровые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко недоразвиваются, либо задерживаются в своем развитии.

Вероятность поражения той или иной функции связана также с наличием сенситивных периодов в их развитии. Как известно, сенситивные периоды характеризуются наибольшей интенсивностью развития функции. Однако, в силу непрочности, неустойчивости формирующейся функции, они являются и наиболее уязвимыми по отношению к различным вредностям. Поэтому, если время поражения нервной системы приходится на период, сенситивный для развития какой-либо функции, то именно эта функция в первую очередь и подвергается опасности недоразвития или повреждения.

Третий параметр психического дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Как уже указывалось ранее, Л.С. Выготский в сложной структуре дефекта, характеризующего нарушения психического развития, выделял первичные (вытекающие непосредственно из биологического характера болезни) и вторичные симптомы. Последние возникают опосредованно, в процессе аномального социального развития. Именно вторичные нарушения, имеющие социальную природу, по мнению Л. С. Выготского, должны становиться объектом психолого-педагогического изучения и коррекции.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными нарушениями. На первых порах основным препятствием к развитию, обучению и воспитанию является биологически обусловленный первичный дефект. Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Может наблюдаться и сочетание этих нарушений. Например, при олигофрении может иметь место недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых.

Механизмы возникновения вторичных нарушений могут быть различны. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной (недоразвитие устной речи при повреждении деятельности слухового анализатора, например). В этом случае говорят о специфическом недоразвитии. Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления основного дефекта. Чем сложнее и опосредованнее психический процесс, тем больше различных факторов может привести к сходному результату вторичных нарушений. Например, при различных первичных сенсорных, моторных, эмоциональных или речевых дефектах, наряду со специфическими вторичными дефектами, как правило, возникает задержка психического развития.

Направление вторичного недоразвития, по выражению Л. С. Выготского, может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Основным является направление «снизу вверх», когда нарушение более элементарных функций ведет к недоразвитию более сложных. Однако возможен и противоположный вариант: дефект высших функций служит причиной того, что не происходит перестройка базальных функций, «подтягивание» их на более высокий уровень функционирования, как это случается при нормальном варианте развития. Тогда и говорят о дефекте «сверху вниз». Например, при олигофрении именно недоразвитие мышления является причиной того, что потенциально более сохранные гнозис и праксис не достигают оптимального уровня развития.

Важным фактором возникновения вторичных нарушений служит социальная депривация. Дефект, препятствуя нормальному общению, тормозит приобретение знаний и умений и приводит к вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, а также к нарушению развития личностной сферы. Если вовремя не предприняты меры по психолого-педагогической коррекции этих социальных «наслоений», то в дальнейшем картина нарушения помимо запущенности усугубляется возникновением негативного отношения личности к процессу обучения и воспитания вообще. Такое негативное отношение к школе, к педагогам

в свою очередь является одним из ведущих факторов в формировании нарушения поведения у подростков.

Четвертый параметр дизонтогенеза связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Современные представления о системном характере психики позволяют говорить о том, что в процессе психического развития возникновение новых качеств является результатом перестройки внутрисистемных отношений. В нормальном онтогенезе выделяют несколько типов межфункциональных отношений. К ним относятся: явления временной независимости функций, ассоциативные и иерархические связи. Первые два типа характерны для ранних этапов онтогенеза, а иерархические связи, являющиеся наиболее сложными, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения. В норме эти типы связей отражают уровни функциональной организации психических процессов.

При патологии отмечается нарушение межфункциональных связей, приводящее к нарушению общего хода психического развития.

Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированные функции, лишённые воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируются, «заикливаются» в своем развитии. Так, например, при некоторых формах олигофрении (при гидроцефалии) может встречаться хорошая механическая память и речь. Однако из-за нарушения мышления эти функции выступают изолированно, не приобретают характера осмысленных и опосредованных, поэтому остаются на более низком уровне реализации.

Ассоциативные связи при нарушениях деятельности ЦНС могут стать инертными, вследствие чего возникает их патологическая фиксация, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. В познавательной сфере патологическая фиксация проявляется в виде различных инертных стереотипов, в личностной сфере чаще встречаются аффективные фиксации. Например, в норме страхи являются наиболее типичными аффективными проявлениями в возрасте 3–10 лет. При патологии страхи, фиксируясь, распространяются и на более поздние возрастные периоды и тормозят психическое развитие. Патологическая фиксация приводит и к нарушению своевременной инволюции более ранних форм психической деятельности, также замедляя этим психическое развитие.

В большей степени при патологии страдает развитие сложных иерархических связей. Эти связи оказываются недоразвитыми, нестойкими, при малейших затруднениях отмечается их регресс. Например, у детей с задержкой психического развития, уже освоивших устный счет, при любом затруднении отмечается возврат к счету на пальцах. Такие явления встречаются и у здоровых людей при слишком сложном задании или при переутомлении, однако они носят временный характер. В случаях, когда регрессии обусловлены нарушением психических функций, они носят стойкий характер и требуют специальной коррекции.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции ряда психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании асинхронии психического развития.

В. В. Лебединский выделяет следующие варианты психического дизонтогенеза:

- I – недоразвитие;
- II – задержанное развитие;
- III – поврежденное развитие;
- IV – дефицитарное развитие;
- V – искаженное развитие;
- VI – дисгармоничное развитие.

Типичным примером стойкого *недоразвития* является олигофрения. Для этого типа дизонтогенеза характерно раннее время поражения нервной системы, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

Задержанное психическое развитие характеризуется замедлением темпа формирования познавательной и личностной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных

этапах. При различных вариантах задержанного развития (задержках конституционального генеза, соматогенных, психогенных задержках и задержках церебрально-органического генеза) соотношение нарушения темпов развития познавательной и личностной сфер может быть различным.

Поврежденное развитие имеет сходную с недоразвитием и задержанным развитием (в первую очередь, с ЗПР церебрально-органического генеза) этиологию: наследственные заболевания органические поражения ЦНС. Основное отличие заключается в более позднем времени патологического воздействия на мозг (после 2–3 лет), когда большая часть мозговых систем уже сформировалась. Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция.

Дефицитарное развитие представляет собой особый вид дизонтогенеза, связанный не с психическими заболеваниями, а с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем (зрения, слуха) и речи.

Искаженное развитие характеризуется сложными сочетаниями общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к формированию ряда качественно новых, не свойственных нормальному онтогенезу, патологических образований. Как правило, в основе этого типа дизонтогенеза лежит текущий болезненный процесс. Наиболее характерной моделью искаженного развития является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма.

Основой *дисгармонического развития* является врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, а также патохарактерологические формирования личности в результате неправильного воспитания.

Соотношение биологического и социального в природе аномалий развития.

Среди биологических факторов значительное место занимают так называемые пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала, хромосомные дефекты обмена и др. Большая роль отводится внутриутробным нарушениям (в связи с тяжелыми токсикозами беременности, токсоплазмозом, люэсом, краснухой и другими инфекциями, различными интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), патологии родов, инфекциям, интоксикациям и травмам, реже - опухолевым образованиям раннего постнатального периода. Нарушения развития могут быть связаны и с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы, как это имеет место при мозговой недостаточности вследствие хромосомных аберраций, при многих резидуальных органических состояниях, а также на почве текущих заболеваний (врожденных дефектов обмена, хронических дегенеративных заболеваний, прогрессирующей гидроцефалии, опухолей, энцефалитов, шизофрении, эпилепсии и т. д.).

К социально обусловленным видам непатологических отклонений развития относится так называемая микросоциально-педагогическая запущенность, под которой понимается задержка интеллектуального и в определенной мере эмоционального развития, обусловленная культурной депривацией - неблагоприятными условиями воспитания, создающими значительный дефицит информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития.

К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится так называемое патохарактерологическое формирование личности - аномалия развития эмоционально-волевой сферы с наличием стойких аффективных изменений, вегетативных дисфункций, вызываемых длительными неблагоприятными условиями воспитания и возникших в результате патологически закрепившихся реакций протеста, имитации, отказа, оппозиции и т. д.

Психосоматические заболевания – это соматические заболевания, в возникновении и течении которых психологические факторы играют определяющую роль. Причиной возникновения психосоматозов является аффективное (эмоциональное) напряжение (конфликты, недовольство, гнев, страх, тревога и др.) при условии наличия определенных личностных особенностей. Эти заболевания часто называют «большими» психосоматическими заболева-

ниями, подчеркивая тяжесть заболевания и ведущую роль психогенного фактора в их возникновении.

Собственно психосоматические заболевания характеризуются следующими особенностями:

1. Психический стресс является решающим при провоцировании;
2. После манифестации заболевание принимает хроническое или рецидивирующее течение;
3. Первым появлением в любом возрасте (но чаще в позднем подростковом).

Исторически к психосоматическим относятся классические картины семи заболеваний, а именно: эссенциальная гипертензия; язвенная болезнь; бронхиальная астма; нейродермиты; тиреотоксикоз; язвенный колит; ревматоидный артрит.

Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертензия). Основными свойствами личности, склонной к формированию эссенциальной гипертензии, считается внутриличностный конфликт, интерперсональное напряжение между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости, с другой. Появление гипертензии обусловлено желанием открыто выражать враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении. Данный конфликт можно охарактеризовать, как конфликт между такими противоречивыми личностными устремлениями как одновременная нацеленность на прямоту, честность и откровенность в общении и вежливость, учтивость и избегание конфликтов. В условиях стресса такой человек склонен сдерживать собственную раздражительность и подавлять желание ответить обидчику. Подавление отрицательных эмоций у человека в период стресса, сопровождающегося естественным повышением артериального давления, способно ухудшить общее состояние человека и даже способствовать развитию инсульта.

Ишемическая болезнь сердца. На протяжении многих лет считалось, что эмоциональный стресс предрасполагает к ишемической болезни сердца. В литературе описана «коронарная личность». Идеи подобного рода тяжело проверить, так как только проспективные исследования позволяют отделить психологические факторы, которые имели место к развитию сердечного заболевания, от психологических следствий, обусловленных влиянием самой болезни. При исследованиях, проведенных в 80-е годы, внимание концентрировалось на нескольких группах возможных факторов риска, которые включают хронические эмоциональные расстройства, социально-экономические трудности, переутомление или другом постоянно действующие на протяжении продолжительного времени агрессоры, а также паттерн поведения типа А. Наиболее подкреплен доказательствами паттерн поведения типа А, для которого характерны такие основные черты, как враждебность, чрезмерное стремление к конкуренции, честолюбие, постоянное ощущение нехватки времени и сосредоточенность на ограничениях и запретах. При проведении исследований, посвященных первичной и вторичной профилактике, основной подход состоял в устранении таких факторов риска, как курение, неправильное питание, недостаточная физическая нагрузка.

Стенокардия. Приступы стенокардии часто провоцируются такими эмоциями, как тревога, гнев и возбуждение. Пережитые во время приступа ощущения временами бывают чрезвычайно ужасающими, и нередко больной со временем становится излишне осторожным, несмотря на все заверения врачей и вопреки их стараниям побудить его возвратиться к обычному активному образу жизни. Стенокардия может сопровождаться нетипичной болью в груди и одышкой, вызванными тревогой или гипервентиляцией. Во многих случаях наблюдается несоответствие между реальной возможностью пациента переносить физические нагрузки, установленной с помощью объективных измерений, и их жалобами на боль в груди и ограничение активности.

Кардиофобия. Одним из психовегетативных синдромов, который часто наблюдается в медицинской практике, является кардиофобия. Дискомфорт и непривычные ощущения в левой половине грудной клетки, возникающие сначала в условиях ситуации, которая психотравмирует или даже при ее отсутствии после продолжительной астенизации, определяют

нарастающую тревогу и настороженность больных, фиксацию на деятельности сердца, которые усиливают уверенность в наличии у них серьезного сердечного заболевания и страх смерти. Сначала неопределенная обеспокоенность и нарастающее аффективное напряжение, тревожность, подозрительность, страхи, конституциональные, а также приобретенные особенности личности становятся основой для развития острого кардиофобического приступа. Невыносимый, витальный страх, который ощущают больные в связи с сердечно-сосудистыми нарушениями, нельзя сравнить с обычными человеческими ощущениями и переживаниями ни по их интенсивности, ни по их характеру. Ощущение близкой смерти становится для больного единой существующей реальностью. И тот очевидный факт, что десятки уже перенесенных им прежде подобных сердечных приступов не привели ни к инфаркту, ни к сердечной недостаточности, не имеет для него никакого значения. Поскольку давно известно, что страшно не умереть - страшно умирать, судьба этих больных, которые «умирают» неоднократно, действительно трагическая. Здесь особое значение получает рациональная психотерапия и суггестия. От их правильного применения врачами в отдельных случаях зависит даже жизнь больного.

Астма. Предполагают, что астма вызывается неразрешенными эмоциональными конфликтами, связанными с отношениями подчиненности, но удовлетворительных доказательств в пользу этой идеи еще нет. При бронхиальной астме отмечаются противоречия между «желанием нежности» и «страхом перед нежностью». Такой конфликт описывается как конфликт «владеть-отдать». Люди, страдающие бронхиальной астмой часто обладают истерическими или ипохондрическими чертами характера, но они не способны при этом «выпустить гнев на воздух», что провоцирует приступы удушья. Также отмечается такое качество астматиков, как сверхчувствительность, в особенности к запахам, которая связана с пониженной аккуратностью.

Гастрит. У больных с гастритом и язвенной болезнью в раннем детстве формируется своеобразный характер, приводящий к тому, что индивид испытывает во взрослом состоянии постоянную потребность в защите, поддержке и опеке. При этом в нем одновременно воспитано и уважение к силе, самостоятельности и независимости, к которым он стремится. В результате происходит столкновение двух взаимоисключающих потребностей (в опеке и самостоятельности), что приводит к неразрешимому конфликту.

Язвенная болезнь. Людям, которые заболевают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, присущи определенные характерологические особенности. Среди них часто встречаются лица с бурными эмоциональными реакциями, с категоричностью суждений, прямолинейностью в оценке поступков окружающих. Другая категория больных не склонна к внешним проявлениям эмоций. Часто встречаются хмурые, всем недовольные, недоверчивые люди. Некоторые авторы язвенную болезнь связывают с неприемлемой для самовосприятия потребностью в защите и заступничестве.

Колит. При язвенном колите замечено возникновение заболевания после переживаний «потери объекта» и «катастроф переживания». У больных отмечается заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам и сильное стремление к зависимости и опеке. Заболевание часто рассматривают как эквивалент печали.

Сахарный диабет. Личность больного сахарным диабетом описывается как в обязательном порядке включающая чувство хронической неудовлетворенности. Однако, считается, что в отличие от представителей других психосоматических заболеваний не существует определенного диабетического типа личности.

Нейродермит. К нейродермитам психосоматического генеза относят экзему и псориаз. Пациенты часто характеризуются пассивностью, им трудно дается самоутверждение.

Заболевания опорно-двигательного аппарата. Для пациентов с ревматоидным артритом специфичными считаются «застывшая и преувеличенная позиция» пациента, демонстрация высокого уровня самоконтроля. Характерна также тенденция к самопожертвованию и преувеличенной готовности помочь окружающим. При этом отмечается «агрессивная окраска помощи».

История изучения проблемы. Психосоматическая проблема как таковая возникла в древности, когда у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни: первая – гиппократическая школа Косса; вторая – школа первых анатомов Книдоса. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная, «психосоматическая» концепция); вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то материальной структуры (механическая, органная ориентация). Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны. В первом случае – «человек болен», во втором – «у человека есть болезнь». Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины.

В связи с открытиями в XIX веке в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа клеточной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на патологии органа, второе направление взяло верх. Нарастающая «технизация» медицины надолго заслонила от врачей психологические стороны заболевания больного и понятия «психосоматическое заболевание», «психосоматическая медицина» укоренились повсеместно лишь в последние десятилетия.

Автором термина «психосоматический» считается немецкий врач Heinroth, который в 1818 г. сформулировал: «Причины бессонницы обычно психически-соматические». В 1822 г. Jacobi ввел понятие «соматопсихический», чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых заболеваний.

Отечественная медицина при изучении болезней исходит из признания единства соматического и психического, организма и личности во всей сложности их соотношений. М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и другие подчеркивали необходимость учета личностных особенностей больных, как в диагностике, так и терапии заболеваний. Проблеме психосоматических соотношений уделяли много внимания и такие исследователи, как К.М. Быков и И.Т. Курцин (1960), Г.В. Морозов и М.С. Лебединский (1972), Ф.Б. Бассин (1970,1972), Т.И. Царегородцев и Г.Х. Шингаров (1972), Д.Н. Исаев (1996) и многие другие.

Психосоматическая медицина возникла (точнее, вновь возродилась) как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине. Кроме того, в ходе последних десятилетий становилось все отчетливее понимание, что привычное разделение между «органическими» и «функциональными» заболеваниями основано на спорных предпосылках, а болезни чаще возникают на почве множественных этиологических факторов. Из этого возник особый интерес к роли в болезни психологических и социальных факторов. Это тем более актуально, что по статистическим данным и самым осторожным оценкам примерно 1/3 больных, приходящих на прием к интернисту, страдают функциональными или эмоционально обусловленными расстройствами. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и резистентность к терапии.

Диагностика. В психосоматике диагноз ставят при помощи двух основных методик - *диагностической беседы* и *психологического тестирования*. Первая, помогает собрать психосоматический анамнез, который дает возможность структурировать соматические симптомы пациента с его внутренней и внешней социальной жизнью. Вторая относится к стандартизированным методикам, оценивающим свойства личности количественно и качественно.

Можно выделить два вида психосоматической диагностической беседы:

1. Это беседа с соматическим больным. В этом случае определяется как на болезнь, установив и состояние больного влияет психика. Это соматопсихическая диагностическая беседа.

2. Больные второго типа поступают с жалобами на психическое состояние. В этом случае определяется психическое влияние на возникновение и течение болезни. Эта диагностическая беседа называется психосоматической.

Психологический тест - это стандартизированный психодиагностический метод, предназначенный для исследования количественной и качественной оценки свойств личности в ее

поведении и переживаниях. Эффективность таких тестов не сильно отличается от эффективности диагностической беседы. Но специфика их заключается в том, что они позволяют получить объективную оценку состояния больного, без субъективного мнения врача. Это возможно благодаря большой стандартизации при оценке и проведении тестирования. Большинство психологических тестов высоко стандартизированы.

В основном личностные тесты представляют собой опросники. Самые распространенные из них - тест ММРІ И шестнадцатифакторный опросник Кеттелла.

Кроме того, существуют и проективные тестовые методики. К ним относится, например тест Роршаха. Он определяет личностные конфликты при помощи ассоциаций. Однако такие тесты имеют малую достоверность и ограниченную валидность, поэтому в клинической практике не используются, однако имеют большое историческое значение.

Определить причину внутреннего конфликта помогает тест ТАТ (Тематический Апперцептивный тест). Он основан на различных фантастических картинках, из которых необходимо составить сюжет. Тест Фрустрационных Реакций Розенцвейга наиболее подходит на психосоматических больных, т. к. помогает выявить характер реакций на фрустрацию и ее направление. Также большое значение в психосоматических исследованиях играют опросники, построенные прагматическим образом. К ним относится, например, Гисенская анкета жалоб и др.

Формы психотерапевтического лечения.

Суппортивная психотерапия. Когда необходимо проработать психосоциальную жизнь пациента, его проблемы, приспособляемость и патологии, то используют эту технику. Кроме вышеперечисленного для данной методики актуально позитивное перенесение и контакты с больным. Психолог, применяющий его должен быть чрезвычайно активным. Это метод можно применять как к пациентам с низкой и средней степенью тяжести расстройств личности, так и тяжелой. Этой техникой можно лечить и пациентов, склонных к сильной ажитации, наркоманов, хронических соматических больных и тех, кто страдает пограничными психозами.

Психотерапия на основе глубинной психологии. Существует ряд личностных конфликтов, которые кажутся непреодолимыми, однако от них можно избавиться с помощью этой техники. В начале воздействию подвергается центральная проблема. Это фиксация продолжается до того времени, пока не появится выход из конфликта. Изначально подобная техника проводилась в течении нескольких сеансов, но вскоре выяснилось, что ее эффективность недостаточна и не соответствует внутренней структуре психотерапевтических сеансов. Прежде чем применять эту технику необходимо выявить объем психосоматических нарушений, а потом составлять план процесса лечения.

Динамическая психотерапия. Эта терапия формирует у пациента хорошую объективную оценку своего неправильного поведения и помогает укрепить внутренне «Я». Эти задачи осуществляются благодаря пониманию связей между прошлыми событиями и поведением, разных углом оценивания, и все это психолог обсуждает с больных, что и позволяет устранить нарушения «Я» и укрепить результат. Эту технику применяют с больными невротическими психосоматическими расстройствами, расстройствами личности, вызванными слабой интроспекцией и наличием субъективности восприятия.

Психоанализ как форма терапии. Как стандартный аналитический метод психоанализ в своей классической форме проводится в виде частых сеансов (по 3-4 ч в неделю) и связан с определенным «церемониалом»: пациент укладывается на кушетку, ему предлагается в свободной форме высказывать всё, что ему приходит в голову. Аналитик сидит позади пациента, его внимание строго концентрируется на значении высказываний. Внешние факторы и реальные отношения с терапевтом по сравнению с другими терапевтическими методиками отходят на задний план. Целью лечения являются регрессия и повторное переживание расцениваемых как патогенные детских переживаний, вскрываемых в свободных ассоциациях и сновидениях. Длительность лечения обычно строго не ограничивается и может составлять от одного года до нескольких лет. В ходе лечения необходимо перенесение, т.е. возобновление,

детских эмоциональных установок в отношении своих родителей. Возникает невроз перенесения, актуализация и интерпретационная переработка которого направлены на глубокое корректирующее осознание.

Аналитическая групповая психотерапия. Такая терапия проводится амбулаторного и стационарно в закрытых группах. Закрытая группа представляет собой группу, в которой на протяжении всего лечения остаются одни и те же пациенты. Эта терапия проходит 1-2 раза в неделю на протяжении 1-3 лет, с количеством участников 6-8 человек. Особенность этой техники в том, что даже пациенты не осознающие свою болезнь и ее причины в начале, в конце начинают это понимать. Однако эти люди могут плохо контактировать с другими участниками группы, быть к этому не готовыми. Однако со временем, эта проблема устраняется и больной уже активно контактирует с другими участниками и психологом. В этой терапии перенос может осуществляться уже не только на психолога, но и на других участников группы, что дает большие возможности по сравнению с другими видами психотерапии. Такая терапия применима к больным с различными психосоматическими симптомами, нуждающимися в поддержке от других людей, с невротическими расстройствами, с нервной анорексией. Эта психотерапия больше эффективна для тех больных, которые не понимают свои заболевания, чем для склонных к рефлексии.

Семейная терапия. Изначально психоанализ рассматривал только конфликтную ситуацию отдельного человека и не уделял внимания его окружению. На взаимоотношения с близкими не обращали внимания, т. к. в психоанализе исследуется личность и ее дальнейшие возможности развития, которые, в свою очередь сказываются на окружении. В наше время стал очевиден тот факт, что семейные обстоятельства могут вызывать психосоматические и невротические нарушения. Поэтому, был создан метод, устраняющий конфликты в отношении с близкими. В системно-теоретически ориентированной терапии выделяют несколько уровней систем, взаимосвязанных между собой. Одна из них - семейная, которая непосредственно связана, биологической, общественной, физической и психической системами. Дело в том, что жизненные процессы существуют неразрывно друг от друга, поэтому в семейной терапии пытаются восстановить равновесие между взаимосвязями всех этих систем.

Поведенческая терапия. Метод поведенческой терапии основывается на том, что психосоматические симптомы - это заученная модель поведения, которую можно и забыть. Такое заучивание происходит благодаря определенными раздражителям и тогда оно будет называться респондентно заученным поведением или с помощью неких положительных последствия для их запоминания, что носит название предметно-заученного поведения. Этот метод, в основном, основан на методе выработки условных рефлексов. Появился он из методик лечения состояний страха. Если какие-то раздражители вызывают страх, заставляющий бежать из ситуации, то бессмысленно обучать пациента по той методике, которая утверждает что страха не существует. Наоборот, пациенту нужно встретиться один на один со страхом, но вести его к этому нужно постепенно. Большое значение тут имеет самоподкрепление. Для того чтобы осуществить определенную модель поведения, пациент подавляет неправильно поведение и награждает себя подкреплением. Все это зависит от активности самого пациента, который начинает считать себя более значимым. Такая стратегия отлично помогает, например, избавиться от хронической боли. До момента лечения анализируется поведение, для того чтобы определить как возникло сохранение симптомов. Процессы обучения, запоминания старых моделей поведения различны, но взаимосвязаны, что можно наблюдать при комплексных нарушениях заболеваний.

Суггестивные и упражняющие методики. Эти методики появились в XIX веке. Их цель - повлиять на внутреннее и внешнее поведение больного с помощью специальных высказываний-формул, позволяющих вызвать психическое равновесие и поддержку. Они представляют собой нечто вроде эффекта плацебо. Это методы самовнушения, которые тесно связаны со следующим методом - гипнозом.

Гипноз. Гипноз, как метод лечения появился в XX веке. Он представляет собой лечение внушением. Врач здесь находится на первом месте, а пациент становится пассивным. Врач направляет пациента. Тот, в свою очередь внимательно следит за командами врача. Однако, к методам гипноза можно и отнести аутогенную тренировку, которая является самогипнозом и осуществляется без контроля врача. С помощью гипноза устраняются приступы астмы, понос, рвота, но этот эффект будет временным, если не избавиться от конфликтной ситуации.

Телесно-центрированные методики. Этот метод базируется на телесном самовосприятии и упражнениям по снятию стресса, которые помогают уменьшить психосоматические нарушения. Эти упражнения проводятся индивидуально или в группе с врачом, а потом пациентом дома самостоятельно. Это метод аутогенной тренировки. Пациенту нужно ощущать покой, тяжесть и тепло. Затем следует другой этап, на котором происходит общее расслабление и самопогружение. Техника первого этапа может применяться, например, для облегчения родов. Посредством этого метода можно не только снимать напряжение, но и изменять самовосприятие.

Стационарная психотерапия. При частом проявлении психосоматических заболеваний, например при язвенном колите, нервной анорексии, больных госпитализируют. В условиях больницы, проводить психотерапию с пациентами довольно трудно. У таких больных часто встречаются трудности вербализации своих потребностей и переживаний. Это легче всего преодолевать в группе интенсивной групповой терапии, а уже потом можно это же делать в стационаре и амбулаторно. В стационаре самыми важными методами являются терапия образами и концентрационная двигательная терапия. Эта терапия имеет большие возможности и потому она не является временной мерой. Это полноценное лечение. В стационаре пациенты находятся вне семейного и профессионального круга. Контактируют они только с другими пациентами и персоналом больницы. А эти люди из разных слоев общества, с разным положением, что помогает ускорить процесс выздоровления. Идеальный план лечения - это стационар, а уже потом лечение амбулаторно. Время пребывания в стационаре обычно составляет 2-3 месяца.

Группы самопомощи. В Группы самопомощи представляют собой группу людей, проводящих групповую беседу без помощи психотерапевта, для обсуждения их проблемных состояний. В таких группах общение идет проще, поэтому избавление от депрессии или фобий происходит быстрее, чем было бы при встрече с психотерапевтом. Взаимоотношения в таких группах еще более тесны, чем в группах с врачом.

Позитивная психотерапия.

Психосоматика в узком смысле—это специфическое научное и лечебное направление, которое устанавливает взаимосвязи между душевными переживаниями и реакциями организма.

При этом мы можем выделить две группы:

а) Функциональные расстройства. При этом нарушение происходит на уровне нейровегетативной и гормональной регуляции функций отдельных органических систем.

б) Органические нарушения. В известной мере гнев просто въедается в орган, что приводит к его патологическим изменениям, выявляемым объективно.

Психосоматика в широком смысле подходит к проблеме со своей точки зрения: как влияет душевно-соматическое заболевание на больного и его жизнь и какие реакции окружающего мира оно может провоцировать?

В этой связи могут быть выделены **четыре группы психосоматических симптомов:**

1) Психосоматические симптомы как проявление конфликтного переживания. К этой группе относятся конверсионные симптомы, описанные Joseph Breuer и Sigmund Freud в 1895 г. как первые психосоматические проявления заболевания. К ним принадлежат параличи рук и ног, слепота, глухота и другие сенсорные нарушения, не являющиеся следствием патологоанатомических повреждений, а в своем органическом выражении протекающие в соответствии с подсознательными субъективными представлениями больного.

2) Психосоматические симптомы как индикаторы конфликтного или недостаточного переживания. К этой сфере принадлежат так называемые функциональные синдромы, которые определяются диагнозами «психовегетативные расстройства» или «вегетативная дистония».

3) Психосоматические симптомы как сопутствующие проявления препсихотических и психотических заболеваний. Психосоматические симптомы могут проявляться и при шизофреническом дефекте личности. Нередко больные, чей аффективный интерес к внешним событиям значительно ослабел, неумеренно предаются еде - следствием этого является прибавка массы тела и соответствующие изменения внешности. Депрессии, особенно «эндогенные», могут также сочетаться с соматическими симптомами. У многих пациентов последние даже выходят на первый план и заслоняют лежащую в основе депрессивную симптоматику.

4) Психосоматические симптомы при чисто соматических заболеваниях. При тех заболеваниях, которые считаются чисто соматическими, таких как опухоли и переломы, в зависимости от обстоятельств можно выделить психологические аспекты не только в их развитии, но и в особенности при их переработке. Соматическое заболевание является при этом отчасти выражением определенной жизненной констелляции, отчасти оно также дает повод для соответствующей переработки.

Астма и гипервентиляционный синдром - способность при помощи симптома настойчиво обращать на себя внимание (хрипеть, кашлять, хватать воздух, синеть).

Актуальная способность: «искренность, честность».

Базовый конфликт. Люди с синдромом гипервентиляции часто происходят из семей, где очень высоко ценились достижения: «соберись», «постарайся», «без труда не вынешь и рыбку из пруда». Одновременно с этим поощрялись сдержанность, скромность и самообладание как необходимые личностные качества: «возьми себя в руки», «что подумают люди?» (учтивость, контакты). При более близком рассмотрении оказывается, что приступ астмы провоцируется одновременным предъявлением больному слишком многих требований (достижения) и при столкновении с несправедливостью.

Эссенциальная гипертония - человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания. Типичные высказывания гипертоников «я должен быть готов ко всему». Больные артериальной гипертонией постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. Их жизнь навязывает им роль «ломовой лошади».

Гипертоники описываются как люди трудолюбивые, приверженные долгу, общительные, с большим чувством ответственности. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться.

Инфаркт миокарда - способность принимать любую нагрузку близко к сердцу.

Базовый конфликт. Если проследить историю развития больного сточки зрения моделей для подражания, то с большой регулярностью можно столкнуться с воспитанием, в котором предполагалась крайняя привязанность к матери или к бабушке, а самостоятельное существование или обособление избегались как опасные. Самые близкие люди часто представлялись как тревожно-озабоченные, хотя они не всегда взаимодействовали друг с другом, а использовали ребенка с целью вынесения своих страхов, напряжения и желаний. Они, таким образом, способствовали возникновению у ребенка амбивалентной или негативной концепции жизни. Всего нового и неизвестного следовало остерегаться, экспансивные стремления ребенка подавлялись («дома ты знаешь, что имеешь»).

Нервная анорексия и булимия - способность обходиться малыми средствами, способность разделить тяготы мирового голода.

Базовый конфликт. Семьи голодающих обычно относятся к семьям спрочным финансовым положением. Типично, что в этих семьях или у одного из родителей весьма высоко ценятся аккуратность, опрятность, вежливость, достижение и в отношении религии - послушание. Здесь доминируют концепции типа «делу время - потехе час», «если ты что-то умеешь,

тогда ты что-то представляешь собой», «все что на столе, следует съесть» и «что скажут люди» (учтивость).

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

1) Психически «здоровый» язвенный больной. Личности с хорошей функцией «Я» и стабильными объектными отношениями, которые при массивной неспецифической или специфической (идуущей из сферы оральных переживаний) нагрузке, при сильной регрессии «Я», ресоматизации и определенной предрасположенности желудка, заболевают язвой в качестве единой психосоматической реакции.

2) Язвенный больной с неврозом характера. Формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, руководящий работник, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение) Конфликт декомпенсируется при хроническом течении вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения.

3) Социопатический язвенный больной. Пассивно-зависимые больные со слабым «Я», чрезмерной зависимостью от объектов, склонные к прорыву инстинктов или параноидно-кверулятивным типам поведения, внешне проявляющие свои оральные конфликты как «асоциальные больные» (например, больные язвой алкоголики, рентные невротики), заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе. Их расстройство желудочно-кишечного тракта становится понятным как соответствующие их психическим потребностям органичный модус или физиологические корреляты.

4) «Психосоматический» язвенный больной. Невыразительные личности с бедной фантазией, представляющие своеобразием ригидными и механическими в образе жизни и объектных отношениях, производящие при исследовании чувство полой пустоты отношений. Они в состоянии видеть в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах (часто – в связи с потерей объекта) привычно психосоматически реагируют. Часто наряду с язвенной болезнью наблюдаются и другие психосоматические нарушения, такие как лихорадка, сердечные симптомы, ревматизм и т. д. Кроме того, у таких пациентов констатируют учащение несчастных случаев и оперативных вмешательств.

5) «Нормопатический» язвенный больной, чрезмерно ориентированный на нормальность поведения чрезмерно адаптивный, с отчетливыми ограничениями «Я» на основе выраженной тенденции отрицания (например, реальность собственного состояния истощения и физического самочувствия). Как рабочие или мелкие служащие, много работающие дополнительно по совместительству, они находятся в состоянии хронической само разрушающей стрессовой перегрузки, на фоне которой часто молниеносно появляется язвенная симптоматика.

Запоры. Пациенты, страдающие запорами, часто обнаруживают так называемую анальную триаду Фрейда: упрямство – любовь к порядку – бережливость. Эти признаки и их крайности – нетерпимость, педантизм и скупость – обнаруживаются прежде всего в рамках обсессивной структуры личности. Как причинная семейная ситуация обычно описывается детство со строгой матерью, которая очень требовательна к детям в отношении дарения и получения подарков. Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами. Здесь речь идет о добродушных людях, которые склонны раздавать навсе стороны. Это может быть, объясняет большую склонность к запорам у женщин, чем у мужчин: в женской социализации готовность к жертвам имеет, как прежде, большее значение. Часто больные чрезмерно следят за деятельностью своего кишечника.

Заболевания щитовидной железы – способность активизировать всежизненные процессы ускоренно расти преждевременно стареть (гипертиреоз); способность замедлять жизненные процессы и тем самым избегать перегрузок (гипотериоз).

Сахарный диабет. Rudolf (1970) следующим образом, обобщил литературные данные о психосоматических концепциях в возникновении диабета.

1) Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Может возникнуть ожорство и ожирение, вслед, за чем наступает длительная гипергликемия и, далее, истощение инсулярного аппарата.

2) Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.

3) Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности к борьбе или бегству с соответствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.

Заболевания кожи и аллергия – способность кожей чувствовать напряжения; сигнализировать при помощи кожи о том, что не может быть выражено иначе, и тем самым достигать того, что раньше не могло быть достигнуто по-другому.

Базовый конфликт. Если проанализировать историю жизни пациента с кожным заболеванием, то с одной стороны - можно выявить ранний дефицит в сфере тела и ощущений. Тепло и защищенность, которые большей частью передаются при тесном физическом контакте, т.е. через кожу, часто недостаточны. Мать больными часто описывается как отвергающая или холодная, отец как человек, у которого постоянно не хватает времени и терпения. С другой стороны, может обнаруживаться утрированная нежность со стороны одного из родителей. В воспитании большое значение отводилось чистоте в широком смысле этого слова («чистая совесть, чистые мысли»). В отношениях между родителями ребенок наблюдает либо отсутствие нежности, либо ее избыток. Как позитивные переживания, так и гнев, споры скрывались от детей. К другим людям родители относились скорее сдержанно, недружелюбно или, наоборот, старались выглядеть подчеркнуто дружески и гостеприимно. В их представлении большую роль играло то, «что подумают люди». Установка родителей к вопросам смысла жизни и веры многим больным неизвестна («об этом не говорилось»), или они вспоминают отдельные твердые правила.

Ревматоидный артрит и ревматизм – способность двигателью перерабатывать напряжение и конфликты своим телом и ощущения.

Тело: в базовом конфликте часто встречаются запреты, которые можно связать с моторикой: «остановись сейчас же», «стой спокойно!», «возьми себя в руки», «замолчи», «что скажут люди?». Это может указывать на выбор органа мишени при психосоматическом ревматическом заболевании.

В последние годы при многих психосоматических заболеваниях возникает необходимость в создании групп самопомощи. Это относится к больным, которые ещё могут организовать групповую беседу, встречаясь регулярно без врача и психотерапевта, чтобы обсудить связанные с их болезнью психические и социальные последствия. Врачебная позиция заключается в поддержке подобных групп. Связанные с болезнью депрессии, страхи и регрессивные тенденции упадка могут в подобных группах в беседах с товарищами по несчастью найти разрешение скорее, чем при встрече с врачом, постоянно испытывающим недостаток времени. Пациенты с противоестественным задним проходом после резекции толстой кишки, эпилептики, больные, находящиеся на гемодиализе, перенёвшие инфаркт миокарда и прежде всего больные с нарушением питания особенно склонны к объединению.

При первичной оценке многих соматических состояний, например ожирения, группы самопомощи так же полезны, как и группы анонимных алкоголиков при алкоголизме. Эти группы самопомощи нацелены не только на то, чтобы улучшить сотрудничество пациентов с врачом и сделать его помощь более доступной, но также позволяют больным стать более самостоятельными и более зрелыми.

Тема 7. Личность и болезнь.

Психология соматически больного. Реакция личности на болезнь, психосоциальная адаптация к болезни, качество жизни, связанное со здоровьем. Типология реагирования

личности на болезнь. Масштабы переживания болезни. Этапы переживания болезни. Структура внутренней картины болезни.

Психология соматически больного. В процессе возникновения и развития заболевания нарушаются механизмы взаимодействия человека и среды, вследствие чего вступают в действие процессы психической адаптации, включаются компенсаторные механизмы, направленные на восстановление нарушенного взаимодействия на новом уровне – в ситуации болезни.

Болезнь оказывает патогенное влияние на психику индивида, изменяя его психическое состояние, познавательные процессы и даже относительно устойчивые личностные свойства. Она не только ограничивает активность человека в настоящем, но и часто заставляет его изменять свои планы на будущее, отказываться от достижения определенных намеченных целей, замещая их более доступными, в связи с чем возникает необходимость трансформации системы жизненных ценностей. Важную роль при этом играет личностно-мотивационный уровень, который обеспечивает осознание мотивов деятельности, позволяет управлять потребностями, быть творцом своей жизни.

При тяжелой и/или хронической соматической болезни снижается выносливость человека к физическим и психическим нагрузкам, что также является существенным фактором влияния болезни на психику. Заболевание ставит под угрозу самооценку больного, приводит к депривации его важных физиологических потребностей, вызывает возникновение целого ряда фрустраций. Негативное отношение у болезни со стороны окружающих людей усиливает чувство неполноценности, а гиперопека может способствовать нарастанию социальной и психологической беспомощности и усиливать ощущение бесперспективности жизни. В результате возникает ситуация внутриличностного психологического конфликта, связанная с противоречивостью требований, например конфликт между свойственным данной личности стремлением к независимости и самоопределению, с одной стороны, и необходимостью подчинения требованиям, предъявляемым к нему как к больному, - с другой. На психологию больного оказывает влияние соотношение зависимости и свободы в условиях болезни и лечения.

Изменения личности, которые происходят у больного, можно оценить по следующим критериям:

- изменение содержания ведущего мотива деятельности. Формируется новый мотив, например, мотив голодания при анорексии;
- замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого мотива;
- упрощение деятельности, обеднение ее структуры;
- сужение круга отношений человека с окружающим миром;
- нарушение критичности, снижение самоконтроля.

Клинические проявления бывают самыми разнообразными: депрессия или эйфория; апатия, ослабление эмоционального отклика, ослабление критики, нарушение активности (аспонтанность), эгоцентризм. Может преобладать мотив переживания страданий.

Среди психических расстройств у пациентов с соматическим заболеванием наиболее распространены депрессивные состояния.

В клинике наблюдаются признаки гипотимии (тоска, тревога, апатия, интеллектуальное и двигательное торможение), пациент негативно оценивает свое прошлое, настоящее и перспективы на будущее, его преследуют ипохондрические и суицидальные мысли. В анамнезе – депрессивные и гипоманиакальные состояния. Наследственность отягощена – депрессии и суициды у ближайших родственников.

Болезнь не всегда способствует деградации личности. Если человек пытается преодолеть тяжелую болезнь, она может помочь его развитию.

Важный аспект изучения взаимосвязи личности и болезни представляет описание целостного отражения заболевания с позиции монистического понимания организма, когда сома и психика не противопоставляются. *Соматическое заболевание сопровождается у больного*

развитием определенного видения болезни и отношения к новым обстоятельствам жизни в условиях болезни и лечения, т.е. формированием внутренней картины болезни (ВКБ).

Понятие «внутренняя картина болезни» ввел известный русский терапевт Роман Альбертович Лурия (1874-1944) и которое соответствует понятию «аутопластическая картина болезни». Различаясь в деталях, данные понятия описывают «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах».

Это явление описывается в большинстве исследований, посвященных личности в условиях болезни, и обозначается различными терминами: «сознание болезни», «соматозогнозия», «реакция личности на болезнь», «переживание болезни» и т.п.

ВКБ в той или иной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения больного, а иногда полностью определяет это поведение. Это весь тот огромный внутренний мир больного, который представляет собой сложное сочетание восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм. Поэтому в практической работе с больным медицинскому персоналу необходимо учитывать закономерности формирования и функционирования ВКБ.

Отличительной характеристикой ВКБ служит подвижность ее компонентов, которые могут возникать и исчезать, перестраиваться, вытесняться. Патологическое формирование ВКБ может быть связано с наличием церебральной патологии у больных, психических заболеваний или аномалий личности, а также с информационными искажениями на личностном уровне вследствие влияния средовых факторов.

В зависимости от способа адаптации пациента к заболеванию, от сформированной им внутренней картины болезни, от используемых механизмов психологической защиты, копинг-стратегий в практике врача встречаются самые различные **психологические реакции на заболевание**, которые реализуются в соответствующих формах поведения.

Диссимуляция. Одна из возможных форм психологического реагирования в ситуации болезни. Отдавая себе отчет в том, что он болен, пациент сознательно скрывает симптомы болезни и прикладывает значительные усилия, чтобы скрыть их: продолжает выполнять в прежнем объеме свои профессиональные, семейные, социальные обязанности. Несмотря на то, что по мере развития заболевания скрывать симптомы становится все труднее, пациент упорно продолжает держаться выбранной им линии поведения. Во врачебной практике поведение диссимуляции часто встречается в тех случаях, когда болезнь угрожает потерей трудоспособности, профессионального, социального, материального статуса: например, открытая форма туберкулеза (A15) у лектора или преподавателя; хроническая почечная недостаточность (N18) у моряка заграничного плавания. Реакция диссимуляции встречается также у лиц, страдающих «социально непрестижными» болезнями, испытывающих стыд, страх и чувство вины перед окружающими. Диссимуляция характерна для больных венерическими заболеваниями и особенно СПИДом. К лицам, страдающим СПИДом (B20-B24), окружающие действительно относятся негативно, часто жестоко, обвиняя их в аморальности, распущенности, асоциальном образе жизни. По наблюдениям Александровой, известны случаи, когда соседи таких больных переставали общаться с ними и даже самовольно предпринимали попытки их выселения, поджигая двери, разбивая окна. В таких ситуациях больные реагировали либо усилением чувства вины и стыда, либо обнаруживали агрессивное поведение, что приводило к конфликтным ситуациям. Поведение диссимуляции может наблюдаться при психических заболеваниях, что связано не только со страхом перед осуждением со стороны окружающих, но и с социальными последствиями болезни, накладывающими ограничения на определенные профессии. Реакция диссимуляции встречается у онкологических больных, которые предпочитают переносить боль и дискомфорт, связанный с болезнью, чем подвергаться хирургическому лечению, проходить курсы химиотерапии.

Аггравация - преувеличение симптомов, тяжести состояния, демонстрируемое больным. При аггравации пациенты стараются представить реально существующее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле. Аггравация

ция может наблюдаться у лиц с истероидными чертами характера. Болезнь используется такими пациентами с демонстративно-шантажными целями: для того, чтобы привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, добиться каких-либо выгод, манипулируя чувствами окружающих людей. Поведение аггравации характерно для пожилых пациентов, которые, испытывая страх одиночества, боясь в любой момент оказаться в беспомощном состоянии, стремятся привлечь к себе внимание врачей, медицинского персонала, продлить срок пребывания в стационаре. Аггравация не является полностью бессознательной психологической реакцией: цель и причины такого поведения могут быть осознаны больными.

Анозогнозия - неосознавание болезни, ее симптомов. Больной «скрывает» свое заболевание не только от окружающих людей, но и от самого себя. Как бы ни были очевидны признаки болезни для других людей, он утверждает, что здоров, не нуждается в медицинской помощи и отказывается обращаться к врачам.

Чаще всего анозогнозия встречается при алкоголизме (F10). Страдающий алкоголизмом убежден в том, что он здоров, полностью контролирует прием спиртного и в любой момент может бросить пить, если посчитает нужным. В основе реакции анозогнозии при алкоголизме лежит постепенное снижение критики к своему состоянию, наблюдающееся при этом заболевании по мере его развития. Лечение больных алкоголизмом становится возможным только с преодолением анозогнозических установок, когда пациент с помощью врача или психолога начинает осознавать симптомы своего заболевания. Реакция анозогнозии может наблюдаться также у врачей при наличии у них тяжелого соматического заболевания. Так, показано, что в США врачи, заболевшие раком, обращаются за специализированной медицинской помощью в среднем на год позже, чем другие больные, так как долгое время не признают наличие заболевания, отказываются видеть очевидные для окружающих симптомы болезни.

Реакция «ухода в болезнь» заключается в том, что пациент, фиксируясь на своем болезненном состоянии, ставит его в центр собственных интересов, отношений, игнорируя все, что не связано с заболеванием. Такая погруженность в болезненные переживания, захваченность всей личности происходящими в организме изменениями обычно сопровождается неудачами в жизни, конфликтными субъективно неразрешимыми проблемами. Болезнь избавляет от необходимости разрешать сложные жизненные ситуации, служит оправданием профессиональной или личной несостоятельности, приобретая таким образом значение «условной приятности», «условной желательности». Реакция «ухода в болезнь» может формироваться у лиц с истероидными чертами, завышенный уровень притязаний которых при недостаточных способностях и отсутствии длительного волевого усилия не позволяет им добиваться поставленных целей, признания и восхищения со стороны окружающих. Наличие заболевания дает таким пациентам возможность получать внимание, сочувствие и заботу, удовлетворяя в определенной степени эгоцентрические интересы истероидной личности (F60.4). Психологическая реакция «ухода в болезнь» может наблюдаться также у лиц астено-невротического типа с их высокой чувствительностью, непереносимостью чрезмерных нагрузок (физических, эмоциональных, интеллектуальных) и склонностью к ипохондрии. При астено-невротической акцентуации (F60.7) характерны высокая чувствительность и низкие нейрофизиологические пороги, вследствие чего любой, самый незначительный раздражитель, малейший дискомфорт в организме приобретает значение сверхсильного сигнала. Такие лица легко реагируют на изменение самочувствия эмоцией тревоги и посвящают свое время и силы излечению и сохранению здоровья. Любые другие жизненные ценности и цели играют второстепенную роль.

«Социальная престижность» болезни. В формировании психологической реакции пациента на заболевание принимает участие такой важный фактор, как его «социальная престижность», то есть отношение к нему и к болезням в данной социальной группе. В разных странах и культурах к болезням относились по-своему. В Древней Спарте, где господствовал культ красивого здорового тела, как указывается в отдельных исторических источниках, стариков и больных сбрасывали в море с высокой отвесной скалы. Психически больных в Сред-

невековой Европе сжигали на кострах, изгоняя из них «бесов», «ересь» и «нечистую силу». В настоящее время в европейской культуре отношение к болезни более чем терпимое: разговоры о здоровье, о различных заболеваниях, как собственных, так и других людей, являются темой светских бесед. Негласно болезни делятся на «престижные», о них можно говорить в обществе, и «непрестижные», которые обычно стараются скрыть. К «престижным» болезням относятся, например, ишемическая болезнь сердца (I20-I25): стенокардия (I20), и, в особенности, инфаркт миокарда (I21). Они повышают социальный статус человека, свидетельствуя о таких его социально-одобряемых психологических качествах, как ответственность, обязательность, трудолюбие, чувство долга. Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вызывают уважение, внимание со стороны окружающих людей, сочувствие, готовность помочь. Для этой категории больных заболевание также может приобретать значение «условной желательности». В то же время такие болезни, как геморрой (I84), язвенный колит (F54), являются «непрестижными», их обычно скрывают от окружающих.

Симуляция. Поведение симуляции не является реакцией на заболевание, так как оно отсутствует. Симуляция определяется как сознательное предьявление симптомов болезни, которой данное лицо не страдает. Симуляция наблюдается в тех случаях, когда болезнь приносит человеку какую-либо выгоду: избавляет его от необходимости нести военную службу, позволяет получить группу инвалидности и т. п. Поведение симуляции наблюдается преимущественно у двух категорий лиц: либо у людей с низким уровнем образования, не информированных в области медицины, наивных и социально незрелых, либо, напротив, у лиц опытных, искушенных, имеющих медицинское образование или работающих в здравоохранении (психологов, педагогов, социальных работников), которые хорошо изучили изображаемый ими вид патологии.

Качество жизни— это интегральная оценка индивидуумом своего положения в жизни общества (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями.

Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на грех основных компонентах:

- условия жизни, т.е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.);
- образ жизни, т.е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.);
- удовлетворенность условиями и образом жизни.

В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью. Появился даже специальный термин «качество жизни, связанное со здоровьем», под которым подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанную на его субъективном восприятии. Современная концепция изучения качества жизни, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих.

1. Многомерность. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.

3. Участие больного в оценке своего состояния. Эта составляющая особенно важна. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, представляет собой ценный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.

Типы личностного реагирования на болезнь:

1) Сочужественная. Характерна для лиц с развитым интеллектом. Они являются «ассистентами» врача, демонстрируя послушание, пунктуальность, внимание, доброжелательность, доверие к врачу.

2) Спокойная реакция. Характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Отличие от 1-го типа в том, что они не всегда осознают свою болезнь, поэтому врачу сложно выявить влияние психики на болезнь.

3) Неосознаваемая реакция. Имеет патологическую основу, выполняя роль психологической защиты. При тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом эту защиту устранить не следует.

4) Следовая реакция. Больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива, даже если заболевание заканчивается благополучно. Люди угнетены, депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать больницы, считая, что стали неизлечимо больны.

5) Негативная реакция. Больные подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезности его советам и указаниям. Часто возникает конфликт с медперсоналом.

6) Паническая реакция. Больные во власти страха, легко внушаемы, непоследовательны, лечатся сразу в нескольких лечебных учреждениях, проверяя одного врача другим. Характерна аффективная неустойчивость. Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания врача. Не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, стационарного лечения. Последствия бывают самые неблагоприятные.

Типы отношения к болезни:

а) Гармонический. Правильная трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

б) Эргопатический. Уход в работу, желание сохранить работоспособность.

в) Анизогностический. Активное отбрасывание мысли о болезни, «обойдется».

г) Тревожный. Бесперывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

д) Ипохондрический. Крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения.

е) Неврастенический. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения сменяются слезами и раскаянием.

ж) Меланхолический. Неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение.

з) Апатический. Полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

и) Сенситивный. Чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие избегают его из-за болезни, боязнь стать обузой для близких.

к) Эгоцентрический. Уход в болезнь, выставление напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

л) Паранойяльный. Уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении – результат халатности медперсонала.

м) Дисфорический. Мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева сопровождаются требованиями от близких угождения во всем.

Масштабы переживания болезни.

При адекватном типе реагирования - *нормозогнозия*- больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача. При *гиперозогнозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипозогнозии* – склонны их недооценивать. При *дисозогнозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции

или из-за страха ее последствий. *Анизогнозия* – полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Этапы переживания болезни во времени:

1. Предмедицинская фаза – длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа – больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания, и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни – снижение напряженности и тревоги, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза «капитуляции» – больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску «новых» методов лечения. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

В структуру внутренней картины болезни включаются четыре основных уровня:

1. Чувственный – комплекс болезненных ощущений.

2. Эмоциональный – переживания заболевания и его последствия.

3. Интеллектуальный – представление и знания пациента о болезни.

4. Мотивационный – выработка определенного отношения к болезни, активизация деятельности, направленной на выздоровление.

Тема 8. Психология лечебного процесса.

Личностные качества врача, профессиональная пригодность к медицинской деятельности. Вопросы медицинской этики и деонтологии. Принципы поведения, взаимоотношений и действий медицинского персонала по отношению к больному и его окружению. Ятрогенные заболевания и их профилактика. Этические аспекты информирования больного о диагнозе его заболевания. Основные формы психологического взаимодействия между мед. персоналом и больным. Профессионально значимые личностные особенности психолога в клинике. Варианты профессиональной деформации медицинских работников.

Коммуникативная компетентность врача – профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом – от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. Умение общаться или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных клинических задач. Психологическая сторона отношений «врач – больной» важная составляющая медицинского процесса. Пациент ориентируется не только на профессионализм, но и на чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он внушает доверие и уважение, внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки. В многочисленных исследованиях приводятся различные представления больных об образе врача. Самыми существенными были признаны следующие качества: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, то есть преобладали коммуникативно значимые черты.

Качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт, оцениваются пациентами особенно высоко.

Исследования Ташлыкова В.А. позволили составить общий для большинства больных образ «идеального» врача. Он включал в себя следующие 10 черт: *ум, внимательность, увлеченность работой, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора*. В целом, больные предпочитали два типа врачей: «сопереживающий»

(чуткость, доброта, терпеливость), «нейтральный» (рабочий тип общения, внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).

Профессиональная пригодность – совокупность психологических и психофизиологических особенностей человека, необходимых и достаточных для достижения им – при наличии специальных знаний, умений, навыков – общественно приемлемой эффективности труда.

Профпригодность – это гибкое динамическое образование, которое складывается непосредственно в ходе самой профессиональной деятельности специалиста.

Выделяют два вида профпригодности:

1) абсолютную (когда человек должен соответствовать жестким требованиям профессии);

2) относительную (соответствие общим требованиям профессии).

Профессиональная пригодность складывается из следующих особенностей человека:

- психофизиологические особенности: признаки физической тяжести работы, пространственных, временных, информационных, энергетических ее ограничений, а также производные от них (требования к скорости действий, к перенесению скоростных, информационных и иных перегрузок, недостаток движений, невесомость);

- особенности познавательной деятельности и взаимодействия с людьми;

- характеристики личностных качеств – идеалы, убеждения, потребности, отношения к разным сторонам мира.

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 корыстного 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.

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.

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. Хмельская, Г.В. Малезко). Подразумевается, что знание больным диагноза своего онкологического заболевания помешает адекватному проведению необходимой терапии вследствие возможной и «высоко вероятной» негативной эмоциональной реакции пациента (вплоть до суицидальных попыток). В то же время неопределенность может нести защитные психологические функции (В.Н. Герасименко, А.Ш. Тхостов). С целью утверждения правоты той или иной позиции предпринимались попытки статистических исследований. Однако, 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.

Принципы поведения, взаимоотношений и действий врача по отношению к больному и его окружению.

При любом соматическом заболевании на психику больного влияет следующее:

- 1) Боль и другие физические страдания, особенно если они воспринимаются как угроза для жизни;
- 2) Снижение, извращение или утрата ощущений (зрение, слух, ощущение повышения температуры, парестезии и т.д.);
- 3) Снижение или потеря трудоспособности;
- 4) Нарушение (изменение) привычного уклада жизни;
- 5) Необычные ощущения экзогенного и эндогенного порядка (изменение цвета кожи, положения конечности, промокание повязок содержимым раны, чувство движения или распирания в брюшной полости, удушье, увеличение объема живота, отеки и т.д.).

Что может оказать влияние на доверие больного к врачу:

- При первом контакте критериями являются и внешний вид, и жесты, и выражение глаз, и речь.
- Врач должен сделать все от него зависящее, чтобы понравится больному. Стремление расположить к себе больного должно быть искренним, без заискивания, с соответствующим достоинством.

- Внешний вид должен импонировать пациенту.

Медицинский аспект эмоций (эмоциональные реакции, эмоциональное состояние, эмоциональное напряжение) заключается в следующем.

1. Для нормальной функции ЦНС, стабилизации высших регуляторных механизмов существенное значение имеет величина факторов, вызывающих различные эмоции. Среднее соотношение эмоциональных реакций в единицу времени, обеспечивающее стабильность функций ЦНС, составляет нейтральные эмоции – 60%, положительные – 35%, отрицательные – 5%.

2. Эпизодические отрицательные эмоции умеренной величины не являются фатальными патогенными факторами для здоровья. В своей основе изменения, возникающие в организме в ответ на отрицательные эмоции, являются результатом приспособительных реакций. Более того, повторные слабые отрицательные эмоции необходимы для формирования устойчивости организма к конфликтным ситуациям. Следовательно, для здоровья человека опасность представляют не все отрицательные эмоции, а только эмоции определенной силы и длительности, часто повторяющиеся или непрерывные конфликтные ситуации.

3. Стойкие положительные эмоции – это объективные факторы лечебного процесса, поскольку они воздействуют не только на психику, но и на гуморальный и гормональный гомеостаз.

4. В развитии болезни, ее происхождении и течении, а также исходе и сроках выздоровления огромная роль принадлежит личности человека. Но, с другой стороны, стойкие отрицательные эмоции оказывают весьма существенное влияние на психику, меняя свойства личности (интеллект, мышление, память, темперамент, характер). Нарушения психики у соматического больного при длительном течении болезни чаще всего проявляются быстрой утомляемостью, ослаблением воли, раздражительностью, снижением круга интересов, повышенной эмоциональной ранимостью или депрессией. Все это в значительной степени затрудняет контакт с больным.

5. Возникновение и проявление эмоций в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей пациента, поэтому одна и та же болезнь протекает по-разному и переживается каждым больным по-своему. В связи с этим врачи нередко сталкиваются с несоответствием жалоб больного (субъективное проявление болезни) степени функционально-

морфологических нарушений, имеющих в организме (объективное проявление болезни), что порождает диагностические и тактические ошибки.

Контакт (беседа) врача с больным - это уже настоящий, серьезный лечебный процесс. Следовательно, врач, не пользующийся доверием больного, не стремящийся к моральному облегчению страданий больного, игнорирующий психопрофилактику и психотерапию, лечить не может.

Врач обязан заботиться о своем авторитете, беречь его и развивать, поскольку это элемент лечебного воздействия. Проявлять добрые чувства к людям для врача должно стать потребностью.

Больной человек не имеет времени и возможности изучать врача, он выносит свои суждения быстро, скоропалительно, не всегда объективно. А поскольку врач профессионально заинтересован, чтобы у больного сложилось хорошее мнение о нем, он обязан помочь больному в этом направлении, т.е. облегчить и ускорить процесс формирования позитивных взаимоотношений.

Ятрогенные заболевания (греч. *iatros* врач + *gennaō* создавать, производить; синоним ятрогении) психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников – неправильных, неосторожных высказываний или действий.

Ятрогенные заболевания проявляются главным образом невротическими реакциями, включающими различные варианты вегетативной дисфункции. В зависимости от характера психотравмы и особенностей личности вегетативные расстройства могут иметь генерализованный характер или выражаться преимущественной дисфункцией сердечнососудистой (аритмия сердца, изменения АД и др.), пищеварительной (изжога, рвота, расстройства стула) и других систем в сочетании с различными патол. ощущениями и депрессивным состоянием.

Основной метод лечения ятрогений - психотерапия, дополняемая при необходимости симптоматическим лечением - применением транквилизаторов, антидепрессантов и других психотропных средств. Недопустимо сообщать больному, что заболевание у него отсутствует и лечиться не надо. Медработники должны помнить, что ятрогения - это заболевание, требующее тщательного изучения особенностей личности больного, знания его социальной среды. При тяжелом течении ятрогенных заболеваний требуется помощь психотерапевта или психиатра.

Прогноз ятрогений в большинстве случаев благоприятный, при своевременной и правильной терапии выздоровление наступает через несколько недель или месяцев. Позднее распознавание ятрогенных заболеваний способствует затяжному ее течению и ухудшает прогноз.

Профилактика начинается с высоконравственного, гуманистического воспитания медиков в процессе их обучения и деятельности, с глубокого усвоения будущими медработниками принципов мед. деонтологии, в основе которых лежат чуткое отношение, сострадание к больному. Медработники должны сознавать ответственность за «словесную асептику», необходимость постоянного контроля своего поведения (интонаций, взглядов, жестов), к-рое может быть неправильно истолковано пациентом. Продуманным должно быть содержание выдаваемой больным мед. документации. Особую осторожность надо проявлять при оказании медпомощи самим медработникам, у которых ятрогении относительно часты, а их лечение представляет трудности в связи с нередко повышенной устойчивостью к психотерапии. Для предупреждения ятрогенных заболеваний необходимо проводить систематическую воспитательную работу со всем персоналом, общающимся с больными. Система мед. воспитания населения должна исключать поверхностное, дилетантское обучение самодиагностике, способствующее распространению ятрогенных заболеваний.

Несколько правил для предотвращения ятрогенных заболеваний:

1. Исходить из приоритета качества жизни. Если «болезнь есть ограниченная в своей свободе жизнь» (К. Маркс), то обследование и лекарство не должны быть хуже самой болезни.

2. Многие деонтологические проблемы могут быть решены при рациональном информировании больных.

3. При постановке диагноза следует опираться на классические неврологические топи-ко-диагностические критерии. Параклинические исследования должны использоваться как вспомогательные компоненты постановки диагноза. Использование этих методов должно рассматриваться сквозь призму прогноза: внесет ли тот или иной метод сколько-либо значительный вклад в улучшение прогноза и качества лечения больного.

4. Стремиться к тому, чтобы при минимальном параклиническом обследовании получить максимум информации. Показания к назначению инвазивных методов исследования должны быть строго обоснованы.

5. Внедрение в практику диагностических и лечебных стандартов (протоколов), основанных на новейших достижениях науки, и творческое их использование.

6. При встрече с больным врачу следует задаваться вопросом не «Какой препарат мне следует выписать?», а «Какова причина жалоб пациента?» и «Как я могу ему помочь?»

7. Прежде чем начать медикаментозное лечение, разобраться, не нарушаются ли элементарные гигиенические нормативы (рациональная организация режима труда и отдыха, сон, занятия спортом, прием определенных пищевых продуктов, курение, избыточное употребление кофе, других «допингов»), и попытаться их отрегулировать. Многие заболевания являются «самоограничивающимися» и без применения лекарственных средств самостоятельно проходят.

8. Избегать полипрагмазии. Выбрать основное заболевание в «букете» болезней и ключевые звенья патогенеза и воздействовать на них, отдавая предпочтение препаратам, хорошо проявившим себя на протяжении не менее 5 лет, и препаратам, отвечающим требованиям доказательной медицины. Строгий учет осложнений фармакотерапии и извещение о них соответствующих инстанций.

9. Начинать лечение психотропными препаратами с малых доз, постепенно повышая их до эффективных (титрование дозы), и с постепенной их отменой. У пожилых лиц, учитывая измененную фармакокинетику, стараться применять лекарства в дозе меньше рекомендованной и с более длительным интервалом. Предпочтение отдавать пролонгированным препаратам.

Этические аспекты информирования больного о диагнозе его заболевания. Учитывая особенности личности пациента, характер болезни, его актуальную жизненную ситуацию следует помнить, что в шадящей, дозированной информации нуждаются тревожно-мнительные, сенситивные, астенические личности. Стеничные, «сильные», устойчивые к стрессу личности предпочитают знать «всю правду». Больные с гипонозогнозией, при высоком риске соматической катастрофы (инфаркт миокарда, инсульт, прободная язва, перитонит и др.) порой нуждаются в «жесткой», предельно откровенной информации о перспективах для здоровья и жизни в случае несоблюдения врачебных предписаний.

Недопустимо со стороны врача манипулировать состоянием пациента, запугивание его и родственников, представление его состояния в более тяжелом виде с целью повышения своего авторитета и получения благодарности после исцеления.

Тяжелобольному рекомендуется сообщать достоверный диагноз при его отказе от жизненно необходимого лечения, например, операции, лучевой или химиотерапии, а также в тех случаях, когда он должен решить имущественные или другие важные вопросы. Родственникам больного должна быть представлена полная и точная информация о его состоянии, с учетом того, что это не нанесет ему ущерба.

В отношении умирающих больных, как правило, следует занимать шадящую позицию и, даже сообщая о неизлечимой болезни, делать это так, чтобы сохранить у пациента надежду, рассказывая о возможности длительной ремиссии или о недавно предложенном новом лекарственном средстве, оказывающем терапевтическое действие, способное замедлить течение болезни и даже привести к полному излечению. Поступая таким образом, врач не обманывает своего пациента, так как действительно с полной уверенностью не может прогно-

зирать течение и исход заболевания. В то же время, вера больного и его желание выжить действительно могут активизировать защитные силы организма, отдалить исход, или, по крайней мере, предать смысл последним дням его жизни.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после представления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

1. о характере и целях предлагаемого ему лечения;
2. о связанном с ним существенном риске;
3. о возможных альтернативах данному виду лечения.

После установления контакта между медицинским работником и больным процесс общения приводит к созданию определенных **форм взаимодействия между врачом и больным**, которые устойчиво сохраняются в ходе терапии или изменяются на разных ее этапах. С точки зрения характера активности врача и степени участия больного в лечебном процессе можно выделить две основные формы их взаимоотношения: руководство и сотрудничество (партнерство).

Руководство – медицинский работник занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Руководство представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю ответственность за основные вопросы в период лечения берет на себя. Нередко такой врач наделяется «магическими» качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Эти больные воспринимали врача как доминирующую силу и были ориентированы на подчинение по типу «врач знает все, больной – ничего». Некоторым больным с относительно незрелой личностью, нуждающимся в руководстве, в авторитетных советах, этот тип контакта был необходим, для них он был эффективен на первом этапе лечения. Недостатком этого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также нередко зависимость от врача по завершении лечения. Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованы, когда они касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда затрагиваются морально-ценностные вопросы. В этих случаях неизбежно отражаются собственные ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у больного (например, проблемы брака, выбора профессии или перемены работы).

Партнерство – это модель неавторитарного сотрудничества, союза и предполагает активное участие больного в лечебном процессе, развитие его самостоятельности и ответственности в выборе альтернативных решений. Сотрудничество наиболее эффективно у больных, стремящихся противодействовать болезни. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые им действия, оставляя право принятия решения за больным. Врач избегает давать прямые указания, рекомендации, советы относительно реальных жизненных проблем своего пациента, поскольку такое поведение может подкреплять тенденции ухода от принятия решений им самим.

Если на первом этапе лечения врач избирает стиль «руководства», то в последующем он может стремиться к установлению сотрудничества (партнерства) в общении с больным. На разных этапах лечения отношения между больным и врачом выполняют разные функции.

Профессионально значимые личностные особенности психолога в клинике.

1. Особенности и качества исполнительно-двигательных процессов (движения, их точность, координированность, сила, дозировка усилий; поведение, выразительные движения, наружность). Движения клинического психолога, впрочем как и любого другого, являются основным проводником взаимодействия его с внешней средой. В зависимости от характера этого взаимодействия (в его физических и психологических аспектах), определяемого как внешними, так и внутренними факторами, задается структура и динамика двигательного акта, которая может быть самой разнообразной. Дозировка усилий у клинического психолога

должна быть достаточной, но не чрезмерной, чтобы не причинить пациенту вред в замен надлежащей пользы. Поведение в целом, как непреходящий атрибут, должно соответствовать профессиональной подготовке клинического психолога и быть строго дозированным согласно конкретной ситуации. Подчас существует потребность у клинического психолога в выразительных движениях и наружности. Особенно это касается психологов, работающих с детьми. В этих случаях для психологического влияния хороша наглядная демонстрация, что часто и применяется.

2. Особенности познавательной деятельности. Клинический психолог имеет дело со страдающими людьми – людьми, нуждающимися в понимании. Поскольку лечат не болезнь, а больного, то клинический психолог познаёт не только болезнь, но и психические особенности больного.

3. Особенности и качества познавательных процессов (внимание, ощущения, восприятия, память, воображение, мышление – их виды и свойства)

При работе с пациентами для клинического психолога важна правильная организация процесса и состояния на восприятие приоритетной информации и выполнение поставленных клинических задач, т.е. внимания. Поэтому и в теоретическом и в операциональном плане внимание у клинического психолога должно характеризоваться достаточно высоким уровнем (интенсивностью, концентрацией), объемом (широтой, распределением), скоростью переключения (перемещения), длительностью и устойчивостью.

Среди процессов памяти для клинического психолога по особенному важно – запоминание, которое определяет полноту и точность воспроизведения клинического материала, прочность и длительность его сохранения. Условия продуктивности запоминания в работе связаны ещё и с тем, что протекает оно в форме как непроизвольного, так и произвольного процесса.

Восприятие клинического психолога во многом зависит от прошлого опыта, накопленного клинического материала, содержания и задач выполняемой клинической деятельности, психических состояний и индивидуальных особенностей психолога (потребностей, склонностей, интересов, мотивов, эмоционального состояния и т. д.).

Под влиянием этих факторов и создается характерная для каждого человека апперцепция, обуславливающая значительные различия при восприятии одних и тех же вопросов обычными людьми и клиническими психологами.

Необходимо для клинического психолога развитое воображение как универсальная человеческая способность к построению новых целостных образов действительности с помощью переработки содержания сложившегося практического, чувственного, интеллектуального и эмоционально-смыслового клинического опыта.

Мышление в работе клинического психолога находит целенаправленное использование в развитии и приращении знаний, поскольку в мышление важнейшую роль играет понимание людьми друг друга, средств и предметов их совместной деятельности.

4. Особенности содержания и динамики эмоционально-волевых процессов, эмоциональных особенностей индивидуальности

Чтобы быть способным успешно выполнять обязанности клинического психолога специалист должен действовать в направлении сознательно поставленной цели, преодолевая при этом внутренние препятствия (т. е. свои непосредственные желания и стремления) – для чего необходима развитая эмоционально-волевая регуляция. При этом внутренний интеллектуальный план направлен на поиск тех действий, которые при данных конкретных условиях могут привести к достижению поставленной цели. Специфичным является наличие внутреннего интеллектуального плана, организующего все имеющиеся у психолога в данный момент побуждения в направлении такого их упорядочивания, при которой ведущим мотивом становится сознательно поставленная цель.

В множестве эмоциональных процессов для клинического психолога важен особый вид – собственно эмоций, которые в отличие от аффектов могут слабо проявляться внешне. Они имеют отчетливо выраженный ситуативный характер, т. е. выражают оценочное отношение

психолога к складывающимся или возможным ситуациям клинической практики, к своей деятельности и своим проявлениям в этих ситуациях.

5. Особенности отношений личности (к окружающему, к людям, к деятельности, к труду, к вещам, к себе)

Работник в области клинической психологии должен иметь выраженный интерес к человеку и его внутреннему миру, к тонким особенностям межлюдских отношений, профессионально положительное отношение к людям независимо от их социального, соматического и психического статуса, возрастно-половых и индивидуальных особенностей; он должен иметь систему профессиональных убеждений (в центре которой находятся идеи о бесконечных возможностях положительного развития человека) в сочетании с готовностью приходить стороннему человеку как члену общества на помощь с соответствующими профессиональными средствами (такими, как консультирование, психологическое просвещение, психотренинг, проектирование деятельности, ее внутренних средств, участие в проектировании внешних средств и условий, коррекция индивидуального стиля, активизация самопознания и саморегуляции человека).

6. Особенности направленности личности, системы мотивов (что превыше всего ценят профессионалы, что любят и что отвергают, ради чего тратят силы и время).

Клинические психологи ценят в своих коллегах способность организовывать и проводить соответствующую работу по специальности, разрабатывать (и дорабатывать после коллективных обсуждений, эмпирической проверки) приемы, пути, методы, средства развития клинической психологии; разбираться в конкретных психологических и клинических противоречиях жизненной ситуации пациента; предлагать и корректно внедрять рекомендации по организации помощи нуждающимся, отдыха и быта людей, учебной деятельности, по оптимизации процессов психологического воспитания детей и взрослых. Подобно другим специалистам клинические психологи в своей работе не приемлют отсутствие профессионализма в работе, слабодушие, корыстолюбие.

7. Особенности творческой деятельности (креативности). Работа клинического психолога заставляет мобилизоваться для работы не только «по интересам», сложившимся в предшествующем своем развитии, но и «по заданию», и работать в группе разнопрофильных специалистов-непсихологов над решением комплексных задач, не всегда связанных с психологическими проблемами

8. Особенности саморегуляции. У клинического психолога саморегуляция (если её понимать как один из уровней регуляции активности, для которых характерно использование психических средств отражения и моделирования реальности) используется для управления различными аспектами жизнедеятельности, включая целенаправленную профессиональную деятельность. Особенность саморегуляции в работе клинического психолога состоит в произвольное и целенаправленное изменение отдельных психофизиологических функций и психического состояния в целом, которое осуществляется самим психологом путем специально организованной психической активности. В последнем случае формирование и эффективность использования внутренних средств деятельности по управлению собственным состоянием выступают в качестве центрального момента клинической работы, поскольку правильно организованная саморегуляция психолога действенным образом сказывается и на пациенте клинического психолога.

Противопоказания (медицинские, педагогические, психологические) к выбору профессии клинического психолога и какие качества данная профессия развивает у человека.

Не может быть клиническим психологом человек, страдающий каким-либо психическим отклонением, дабы случайно не нанести вред другому человеку, который придёт к нему за помощью или консультацией.

Профессия клинического психолога развивает у специалиста умение входить в деловой контакт с людьми на основе научной методики социально-контактного взаимодействия, применять полученные знания для решения конкретных научно-практических, преподавательских, организационно-методических, информационных, исследовательских задач; поль-

зоваться научными методами поиска и производства необходимых знаний (методами психологических исследований, построения научного знания), методами воспитательного воздействия на сознание подрастающего человека как субъекта продуктивной деятельности, методами психологически обоснованной коррекции деятельности.

Понятие о профессиональной деформации. Каждая профессия может способствовать развитию человека и совершенствовать его личные качества на пользу общества. Но профессия может также вызывать деформации, деформировать характер человека. Деформации могут вызывать в некоторых случаях лишь добродушное подшучивание (профессорская забывчивость, рассеянность), но другой раз они могут быть предметом иронии, сарказма и сатиры (чиновничий, казенный бюрократизм).

Врач тоже обладает определенной властью над больными, следовательно, он подвержен опасности деформации. Профессиональная деформация развивается, как правило, постепенно из профессиональной адаптации. Профессиональная адаптация является необходимой для медицинского работника. Врачи, медицинские сестры и вспомогательный персонал в начале своей профессиональной деятельности очень бурно переживают все этапы оказания медицинской помощи и страдания больных, однако постепенно у медиков развивается эмоциональная сопротивляемость. Хотя определенная степень эмоциональной сопротивляемости необходима и понятна, однако в сознании медицинских работников должна сохраняться способность воспринимать больного как страдающего человека, заслуживающего уважение, личность больного нельзя считать неудобным придатком к больному органу, который врач должен обследовать. Это является необходимой составной частью не только человеческого, но и профессионального уровня врача.

Синдром выгорания: представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте. Развитие данного синдрома характерно для альтруистических профессий, где доминирует забота о людях (социальные работники, врачи, медицинские сестры, учителя и др.).

Основные симптомы синдрома эмоционального выгорания:

- Ухудшение отношений с коллегами и родственниками;
- Нарастающий негативизм по отношению к пациентам (коллегам);
- Злоупотребление алкоголем, никотином, кофеином;
- Утрата чувства юмора, постоянное чувство неудачи и вины;
- Повышенная раздражительность - и на работе, и дома;
- Упорное желание переменить род занятий;
- То и дело возникающая рассеянность;
- Нарушение сна;
- Обостренная восприимчивость к инфекционным заболеваниям;
- Повышенная утомляемость, чувство усталости на протяжении всего рабочего дня.

Тема 9. Психологические аспекты работы с больными.

Основные клинические проявления соматических болезней. Специфика психологического сопровождения соматических больных с различными заболеваниями. Особенности психологического сопровождения в педиатрии: психологические особенности госпитализации ребенка. Предупреждение вредных воздействий госпитализации. Специфика переживания болезни при онкологической патологии.

Многие соматические расстройства являются симптомами заболеваний, которые требуют внимания специалиста. Самые распространенные из них *нарушение сна, аппетита, боли, расстройства сексуальной функции.*

Бессонница может быть связана с внутренними переживаниями. В этом случае человек не может заснуть, стараясь мысленно найти выход из создавшейся ситуации. Утром человек чувствует усталость и раздражительность. Такое нарушение наблюдается при неврозах.

Существует несколько видов расстройств сексуальных функций. Пониженное или чрезмерно повышенное сексуальное влечение, нарушение оргазма, боли во время полового контакта. К таким проявлениям приводят психологические факторы, среди них такие, как заниженная самооценка, длительное воздержание, отсутствие постоянного партнера, неосознанная брезгливость, страх. Часто причиной таких расстройств становятся алкоголь, наркотики.

Головная боль, имеющая психогенный характер, может возникать по причине напряжения мышц шеи. Самовнушение или истерия также приводят к головным болям. Некоторые стрессовые ситуации вызывают сильные боли в затылке, больной ощущает отдающую в плечи боль. Такие состояния свойственны тревожно-мнительным лицам. Постоянное пребывание в стрессовой ситуации влечет такой неприятный синдром. Истерия может сопровождаться различного характера головными болями. Человек при этом может ощущать сдавливающую боль, пронзающую или распирающую, обычно усиливающуюся вечером.

Нарушение аппетита. Такие расстройства могут выглядеть как отсутствие аппетита или, наоборот, чрезмерное чувство голода. Часто их причиной выступают стрессы, депрессии.

Многие неврозы сопровождаются снижением аппетита. Некоторые болезни могут проявляться в комплексе у одного человека. Например, нервная анорексия и булимия. В случае нервной анорексии человек может отказываться от еды, иногда чувствовать отвращение к ней, однако потребность организма в пище остается. Булимия характеризуется неконтролируемым поглощением большого количества пищи и может являться причиной ожирения, но бывают случаи, когда булимия влечет снижение веса. Это происходит, когда больной, ощущая неприязнь к самому себе вследствие невроза, начинает принимать слабительные, вызывать рвотный рефлекс.

В большинстве случаев больные с расстройством приема пищи проходят лечение в условиях стационара. В комплексе с психотерапией прием пищи больным строго контролируется.

Специфика психологического сопровождения соматических больных с различными заболеваниями.

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 паллиативного 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.

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.

Особенности психологического сопровождения в педиатрии: психологические особенности госпитализации ребенка.

Все дети, не достигшие семилетнего возраста, страдают от лишения родительской заботы и надзора. Особенно тяжело это переживают дети первых трех лет жизни, наиболее остро в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. В первые три месяца младенец слабо реагирует на смену обстановки, если режим ухода за ним и кормления не меняется. Последнее замечание объясняется тем фактом, что в таком возрасте (до трех месяцев) ребенок не способен заме-

чать никаких изменений за пределами его непосредственных контактов. Напротив, в последующий период развития ребенок чутко реагирует на нарушение привычных контактов с окружающими людьми и предметами.

Выделяют три фазы адаптации ребенка к стационару или детскому учреждению:

1. Фаза «протеста»: ребенок испытывает тяжелое потрясение, плачем зовет мать, испытывает признаки паники, не отпускает мать, когда она приходит, и плачем провожает.

2. Фаза «отчаяния» наступает через несколько дней. Ребенок погружается в себя, становится замкнутым, может нарушиться сон, аппетит и т.д. Могут появиться патологические привычные действия – например, сосание пальцев.

3. Фаза «отчуждения»: ребенок может утратить интерес к родителям и стать безразличным к тому, навещают они его или нет.

Реакция ребенка на госпитализацию зависит от следующих факторов: возраст ребенка, семейные отношения, продолжительность госпитализации, число и характер предшествующих поступлений в стационар, природа заболевания, подготовка перед поступлением в стационар, посещение родителей, проводимые лечебные процедуры, реакции родителей на факт госпитализации ребенка, восприятие ребенком госпитализации.

Бурмистрова Н.И. выделила три группы детей по их реакции на госпитализацию:

1. Дети с негативной реакцией на госпитализацию, которые реагируют возбуждением, плачем, нарушением сна, отказом от игрушек.

2. Дети с вялой, заторможенной реакцией, спокойно реагирующие на поступление в больницу.

3. Уравновешенные дети, адекватно реагирующие на госпитализацию.

Успешность адаптации к стационару зависит от представления детей о болезни. С возрастом происходит постепенная эволюция взглядов ребенка на причины болезни. Так, в норме до 7 лет у ребенка болезнь связывается со сверхъестественными силами; между 7 и 10 годами дети начинают осознавать, что болезнь находится внутри организма (интернализация представлений о болезни); начиная с 11 лет, у детей формируется представление о множественности причин заболеваний и различной предрасположенности к ним людей. В возрасте от 4 до 16 лет 2/3 детей рассматривают болезнь как наказание за плохое поведение или результат пренебрежения какими-то правилами. Дети с трудом воспринимают различие между болью, причиненной болезнью, и болью, связанной с лечебными мероприятиями, которые часто также воспринимаются как наказание за проступки.

Негативная эмоциональная реакция родителей на предстоящую госпитализацию ребенка также отражается на процессе адаптации и коррелирует с эмоциональными трудностями у детей, помещенных в стационар. Наличие в семье хронически больного также отрицательно сказывается на адаптации ребенка к госпитализации.

По некоторым данным, у 25% детей наблюдается эргопатический и сенситивный тип отношения к болезни, у 16% - гармонический, у 10% - тревожный тип. Часто возникает анозогнозическая и гипнозогнозическая реакция, однако у 25% встречается гипернозогнозическая реакция.

Невозможность посещения школы во время госпитализации также может негативно сказываться на состоянии ребенка, что обусловлено отрывом от сверстников, опасностью социальной изоляции и нарушением привычного стереотипа жизни.

Кроме всего перечисленного, реакция ребенка на поступление в больницу зависит от его личностных особенностей и отношений с врачом и средним медперсоналом, отношений с группой сверстников, с которой сталкивается ребенок в больнице.

Пути смягчения реакции ребенка на госпитализацию:

1. *Посещение детей родителями и другими родственниками.* Хотя при этом могут наблюдаться и негативные последствия (дети могут становиться более напряженными и еще больше скучать по дому), во многих исследованиях показано, что свободное посещение детей родителями благоприятно сказывается на адаптацию к стационару.

2. *Создание полустационарной помощи.* Такая форма организации лечения позволяет максимально сохранить связь с семьей и снизить негативные эмоциональные последствия, связанные с лечением.

3. *Адекватное информирование ребенка о предстоящем обследовании и лечении.* Ребенка необходимо готовить не только к болезненным манипуляциям, но и к тривиальным процедурам. Это позволяет снизить у ребенка уровень тревоги, который порой связан с неправильным представлением о предстоящей диагностической или лечебной процедуре. Кроме этого, полезно проводить разъяснительную работу и с родителями, что также благотворно может отразиться на реакциях ребенка.

По мнению Исаева Д.Н., **основными составляющими внутренней картины болезни (ВКБ) у детей** являются:

1. *Уровень интеллектуального функционирования.* Этот компонент ВКБ определяет, насколько адекватно ребенком воспринимается его физическое «Я», насколько ребенок способен правильно интерпретировать и систематизировать возникающие у него симптомы: общий дискомфорт, болевые ощущения, нарушения функций органов и т.д. Недостаточный уровень интеллектуального функционирования (например, у маленьких детей или умственно отсталых) может приводить как к анозогнозии, так и к гипернозогнозии.

2. *Знание о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении.* Без концепции здоровья трудно построить представление о болезни. Дети 4-9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни, а старшие дети описывают здоровье, как приятное состояние – «чувствовать себя превосходно». Устойчивые представления о вероятности заболевания у детей возникает к 7 годам. Интересно, что девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Оценивая здоровье, дети 9-11 лет больше ориентируются на соматическое благополучие, подростки 12-14 лет – на социальную активность.

3. *Понимание детьми универсальности и необратимости смерти.* Формирование адекватной ВКБ требует понимания того, что смерть – окончательное завершение жизни. Половина дошкольников в своей речи используют такие слова, как «смерть» или «покойник». Одни дошкольники никак не реагируют на произнесенное слово «смерть», другие не знают его значения, третьи имеют очень ограниченное представление о смерти. Дети при столкновении со смертью животных или насекомых игнорируют ее или обнаруживают необычные реакции, избегая контакта или радуясь смерти маленького существа. Понятия смерти как окончательного прекращения жизни у детей такого возраста нет, они понимают ее как долгий отъезд или сон. 20% дошкольников 5-6 лет считают, что смерть животных обратима, а около 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти. Смерть родителя из-за магического мышления дошкольник интерпретирует как результат своих желаний, что нередко приводит к чувству вины. Смерть родителей для дошкольника – не только разлука с защищающими эмоционально значимыми фигурами, но и покинутость ими. Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, от привязанности ребенка к умершему члену семьи и уровня развития ребенка.

4. *Опыт жизни и перенесенных заболеваний.* В построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт, особенно перенесенные ранее болезни. Жизненный путь ребенка невелик, ему труднее, чем взрослому, сопоставить текущую ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами. Поэтому то, что пережито ребенком недавно, может наложить серьезный отпечаток на ВКБ. Отрицательную роль в формировании ВКБ могут сыграть наблюдаемые ребенком обострения тяжелых заболеваний у живущих совместно родственников. Собственные болезни, перенесенные в раннем детстве, не откладывают значительного отпечатка на переживании текущего расстройства, в то время как недавние болезни, воспринятые как угроза, оказывают значительное влияние. На формирование ВКБ ребенка может повлиять атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за предполагаемого или развившегося у него заболевания.

5. *Особенности эмоционального реагирования.* У детей как с преморбидными, так и с развивающимися в процессе болезни тревожными, истероидными и другими чертами личности, с эмоциональной лабильностью или эксплозивностью формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, которые определяют ВКБ. Эмоциональное отношение может определять одно из трех типов ВКБ – гипнозогнозический (с недооценкой симптомов и чрезмерных позитивных ожиданий от лечения), гипернозогнозический (с преувеличением тяжести расстройства и неверием в успех лечения) и нормонозогнозический (прагматический – с реальной оценкой болезни и ее прогноза, хорошим контактом с врачом и комплаенсом).

6. *Половая принадлежность.* Зависимость формирования ВКБ от пола была доказана у детей, страдающих сахарным диабетом, бронхиальной астмой, лейкозом и другими болезнями. Оказалось, что самооценка и конфликтность у больных бронхиальной астмой у мальчиков ниже, чем у девочек с аналогичным диагнозом. У девочек чаще, чем у мальчиков, вытесняется представление о болезни. Девочки, болеющие лейкозом, быстрее адаптируются к изменению жизни, связанному с тяжелым расстройством, чаще при этом испытывают опасения за свое будущее.

7. *Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства.* Госпитализация ребенка сопровождается отрывом от родителей, учебных и иных занятий, переживанием разочарования из-за невозможности продолжить привычную активность. У детей до 11 лет само помещение в больницу, даже без связанных с лечением неприятностей, побуждает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед больницей подготовку. Понимание школьниками пользы лечения не меняет их отрицательного отношения к больнице, что может искажать ВКБ. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, отношений в семье, продолжительности стационарирования, природы заболевания, посещения родителей и их реакций, процедур, средств, смягчающих тревогу.

8. *Отношение родителей к госпитализации.* У родителей может возникнуть чувство вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с плохим прогнозом, безразличное отношение к болезни и ее отрицание. Переживания родителей часто вызывают у ребенка аналогичные чувства, которые и ложатся в основу ВКБ.

9. *Влияние медицинского персонала.* Врач, обследуя, подготавливая к госпитализации, операциям, оказывает на ребенка психологическое воздействие. Его доброжелательность, понятные разъяснения, использование необходимых средств, уменьшающих болезненность манипуляций, положительно влияют на ВКБ. Недоучет же детских представлений о болезни и лечении может привести к формированию неадекватной ВКБ.

10. *Восприятие симптомов болезни и представления о ней* позволяет врачу понять, что больше всего тяготит ребенка, от чего он страдает. Особенно важно знать, каковы представления ребенка о болезни, поскольку эти знания можно использовать для психокоррекции. У детей ВКБ формируется в основном на эмоционально-чувственном уровне (неосознаваемом), а не на логическом (сознательном) уровне. Правильно диагностируя ВКБ врач способен произвести определенную ее коррекцию, что позволяет снизить эмоциональный дискомфорт ребенка в связи с диагностическими и лечебными процедурами, а также сформулировать адекватные представления у ребенка о своем заболевании.

Онкопатология: Психические расстройства при онкозаболеваниях обусловлены 2 аспектами : психогенным, так как диагноз чаще всего относится к неизлечимым, превращая сам факт заболевания в психическую травму, с другой стороны соматогенным, физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства.

Выделяется пять фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак (Kubler-Ross):

1 фаза (*анозогнозическая*) появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием наличия у

себя онкологической патологии, преуменьшением тяжести своего состояния, *анозогнозией*, убежденностью, что диагноз является ошибочным.

2 фаза (*дисфорическая*) наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении окружающих или себя (например, суицидальные).

3 фаза (*аутосуггестивная*) характеризуется принятием фактов о наличии у пациента злокачественного процесса и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с «ведением торга»—«главное чтобы не было более».

4 фаза (*депрессивная*) наступает после длительного периода терапии и проявляется постепенной утратой надежды на выздоровление, появлением пессимизма, подавленности и пассивности.

5 фаза (*апатическая*) появляется на последних этапах заболевания и выражается «примирением» больного с судьбой, принятием] любого исхода и сопровождающееся безразличием по отношению к внешним и внутренним процессам.

Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у онкологически больных резко возрастает риск суицидальных тенденций. Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях.

Клинико-психологические и психопатологические особенности при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделяют, как правило, следующие этапы: *поликлинический (диагностический), этап «поступления в клинику», предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катamnестический* (Е.Ф.Бажин, А.В.Гнездилов).

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Предмет и структура клинической психологии.

1. История развития клинической психологии. Вклад Ф.Гелля, В.Вундта, И.М. Сеченова, И.П. Павлова в развитие психологической науки.
2. Различные подходы к предмету клинической психологии. Связь с другими науками клинической психологии. Задачи основных разделов.
3. Структура основных разделов клинической психологии
4. Клинический психолог, как личность, вопросы профессиональной пригодности.
5. Основные задачи общей и частной клинической психологии.

Тема 2. Теоретические основы и методологические принципы клинической психологии.

1. Проблема нормы и патологии.
2. Норма как реально существующий устойчивый феномен.
3. Границы между нормой и патологией: пограничные и транзиторные расстройства.
4. Адаптационные концепции нормы.
5. Норма как идеал. Проблема развития, регресса и распада в клинической психологии.
6. Критерии психического здоровья.
7. Модели психического здоровья.

Тема 3. Психика и мозг.

1. Структурная и функциональная организация нервной системы человека.
2. Нейрофизиологические основы психической деятельности человека.
3. Основные функциональные блоки мозга.
4. Теория системной локализации высших психических функций.
5. Развитие центральной нервной системы в филогенезе и онтогенезе.
6. Психологические традиции отечественной медицины.

Тема 4. Психогении: акцентуации характера и психопатии. Неврозы, реактивные психозы.

1. Краткий исторический очерк изучения неврозов.
2. Краткий исторический очерк изучения акцентуаций и психопатий.
3. Распространенность психогенных расстройств в мире и в нашей стране.
4. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии неврастении, невроза навязчивых состояний, истерического невроза. Прогноз, профилактика неврозов
5. Причины возникновения, клинические проявления, течение и возможности терапии, классификация реактивных состояний.
6. Классификация и типологическая характеристика акцентуаций характера.
7. Этиология, клинические проявления психопатии. Медико–педагогическая коррекция.
8. Дифференциальный диагноз психопатии. Критерии.

Тема 5. Психогигиена, психопрофилактика.

1. Основные направления, уровни и методы, цели и задачи психопрофилактики.
2. Междисциплинарный характер психопрофилактики, общие и частные задачи.
3. Психогигиена: определение, основные направления, междисциплинарный характер, общие задачи.
4. Психогигиена и психопрофилактика: значимость в разные возрастные периоды жизни человека.

Тема 6. Проблемы психосоматических и соматопсихических взаимоотношений.

1. Психосоматические и соматопсихические взаимоотношения в норме и патологии.
2. Психологические исследования в клинике соматических заболеваний.
3. Психологические аспекты проблемы телесности и интрацепции.
4. Психосоматические расстройства и заболевания. История изучения проблемы.
5. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов.
6. Личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями.
7. Позитивная психотерапия в лечении психосоматических больных.
8. Аспекты самопомощи.

Тема 7. Личность и болезнь.

1. Психосоматические и соматопсихические взаимоотношения в норме и патологии.
2. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов
3. Личностные профили и прогноз здоровья и болезни.
4. Влияние соматических заболеваний на психику человека.
5. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов
6. Личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями.
7. Внутренняя картина болезни и здоровья, масштабы переживания болезни.
8. Типы отношения к болезни (Личко А.Е.), типология личностной реакции на заболевания (Якубов Б.А.).

Тема 8. Психология лечебного процесса.

1. Медицинская этика и деонтология.
2. Основные формы психологического взаимодействия между мед. персоналом и больным.
3. Этические аспекты врачебной тайны.
4. Критерии профессиональной пригодности к медицинской деятельности. Анализ клятвы Гипократа. Его роль в становлении личности врача.
5. Характеристика объективных и субъективных факторов нарушения психического и психологического здоровья личности.
6. Варианты профессиональной деформации медицинских работников.
7. Основные формы психологического взаимодействия между врачом и больным.

Тема 9. Психологические аспекты работы с больными.

1. Специфика психологического сопровождения соматических больных.
2. Специфика психологического сопровождения в педиатрии: психологические особенности госпитализации ребенка.
3. Предупреждение вредных воздействий госпитализации.
4. Специфика психологического сопровождения при онкологической патологии
5. Особенности и динамика реагирования больного на злокачественные новообразования, влияние этапа онкологического заболевания на психику больного.
6. Специфика психологических феноменов при онкологических заболеваниях разной локализации.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «введение в клиническую психологию» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Подготовка материала по теме «Предмет и структура клинической психологии»:
 - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
2. Подготовка материала по теме «Теоретические основы и методологические принципы клинической психологии»:
 - 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
3. Подготовка материала по теме «Психика и мозг»:
 - 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
4. Подготовка материала по теме «Психогении: акцентуации характера и психопатии. Неврозы, реактивные психозы»:
 - 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
5. Подготовка материала по теме «Психогигиена, психопрофилактика»:

- 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
6. Подготовка материала по теме «Проблемы психосоматических и соматопсихических взаимоотношений»:
- 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
7. Подготовка материала по теме «Личность и болезнь»:
- 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
8. Подготовка материала по теме «Психология лечебного процесса»:
- 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
7. Подготовка материала по теме «Психологические аспекты работы с больными»:
- 1) Сопоставление теоретических и практических задач клинической психологии и оформление материала в таблицу.
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.