

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

шпаргалка

Содержание	
1. Клиническая психология как самостоятельная наука. Определение клинической психологии	1аб
2. Предмет и объект исследования клинической психологии	2аб
3. Цели и структура клинической психологии. Основные разделы и области их исследования	3аб
4. Взаимосвязь клинической психологии с другими науками	4аб
5. Зарождение и становление клинической психологии	5аб
6. Практические задачи и функции клинического психолога	6аб
7. Особенности и задачи патопсихологического исследования	7аб
8. Методы патопсихологического исследования	8аб
9. Порядок проведения патопсихологического исследования	9аб
10. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов	10аб
11. Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива	11аб
12. Нарушение подконтрольности и критичности поведения	12аб
13. Нарушение операциональной стороны мышления. Методики его исследования	13аб
14. Снижение уровня обобщения	14аб
15. Искажение процесса обобщения. Нарушение динамики мышления	15аб
16. Непоследовательность суждений	16аб
17. Инертность мышления	17аб
18. Нарушение мотивационной (личностной) стороны мышления. Разноплановость мышления	18аб
19. Резонерство. Классификация нарушений мышления по форме и по содержанию	19аб
20. Методики, которые используются для исследования памяти	20аб
21. Нарушения непосредственной памяти	21аб
22. Нарушение опосредованной памяти	22аб
23. Методики, применяемые для исследования внимания	23аб
24. Ощущения. Их классификация	24аб
25. Методы исследования ощущений и восприятия. Основные нарушения ощущений	25аб
26. Определение и виды восприятия	26аб
27. Основные нарушения восприятия	27аб
28. Стресс. Кризис	28аб
29. Фрустрация. Страх	29аб
30. Нарушения волевой сферы	30аб
31. Нарушения сознания и самосознания	31аб
32. Афазии	32аб
33. Бедность словарного состава речи	33аб
34. Нарушения произвольных движений и действий	34аб
35. Нарушения интеллекта	35аб
36. Проблемы мозговой локализации психических функций	36аб
37. Функциональные блоки мозга	37аб
38. Понятия нейропсихологического фактора, симптома и синдрома	38аб
39. Методы нейропсихологического исследования. Восстановление высших психических функций	39аб
40. Шизофрения	40аб
41. Маниакально-депрессивный психоз	41аб
42. Эпилепсия	42аб
43. Психические расстройства органического генеза	43аб
44. Неврозы	44аб
45. Психология здоровья	45аб
46. Поведенческая медицина. Общественное здравоохранение	46аб
47. Социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития человека	47аб
48. Типы нарушений психического развития	48аб
49. Первичное выявление детей с отклонениями в развитии	49аб
50. Основные принципы психодиагностики детей с нарушениями психического развития	50аб
51. Психологическое консультирование	51аб
52. Логотерапия	52аб
53. Психологическая коррекция	53аб
54. Аутотренинг (аутогенная тренировка)	54аб
55. Нейролингвистическое программирование (НЛП)	55аб
56. Трансактный анализ	56аб

1а**1. Клиническая психология как самостоятельная наука. Определение клинической психологии**

Клиническая психология является отраслью психологической науки. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение как для психологии, так и для медицины.

В некоторых странах распространено понятие о медицинской психологии, но в большинстве стран чаще используется понятие «клиническая психология».

В последние десятилетия в России все чаще стал возникать вопрос о сближении отечественной и мировой психологии, что потребовало пересмотра таких понятий, как медицинская и клиническая психология.

Смена названия медицинской психологии на клиническую связана с тем, что в последние десятилетия происходит ее интеграция в мировую психологию.

Клиническая психология как организация исследователей и практиков представлена Американской ассоциацией клинической психологии с 1917 г., а в немецкоязычных странах — с середины XIX в.

В международном руководстве по клинической психологии под общей редакцией **М. Перре** и **У. Баумана** приводится следующее определение: «**Клиническая психология** — это частная психологическая дисциплина, предметом которой являются психические расстройства и психические аспекты соматических расстройств (болезней). Она включает следующие разделы: этиологию (анализ условий возникновения расстройств), классификацию, диагностику, эпидемиологию, интервенцию (профилактику, психотерапию, реабилитацию), охрану здоровья, оценку результатов». В англоязычных странах помимо термина «клиническая психология» в ка-

2а**2. Предмет и объект исследования клинической психологии**

По направленности психологические исследования делят на **общие** (направлены на выявление общих закономерностей) и **частные** (направлены на изучение особенностей конкретного больного). В соответствии с этим можно выделить **общую** и **частную** клиническую психологию.

Предметом общей клинической психологии являются:

- 1) основные закономерности психологии больного, психологии медицинского работника, психологические особенности общения больного и врача, а также влияние психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений на состояние человека;
- 2) психосоматические и соматопсихические взаимодействия;
- 3) индивидуальность (личность, характер и темперамент), эволюция человека, прохождение им последовательных этапов развития в процессе онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), а также эмоционально-волевые процессы;
- 4) вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны;
- 5) психогигиена (психология медицинских консультаций, семьи), в том числе психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический), психология половой жизни;
- 6) общая психотерапия.

Частная клиническая психология изучает конкретного больного, а именно:

- 1) особенности психических процессов у психических больных;

3а**3. Цели и структура клинической психологии. Основные разделы и области их исследования**

Перед клинической психологией как самостоятельной наукой вставили определенные цели. В 60-х-70-х гг. XX в. конкретные цели клинической психологии формулировались следующим образом (**М. С. Лебединский**, **В. Н. Мясцев**, 1966 г.; **М. М. Кабанов**, **Б. Д. Карвасарский**, 1978 г.):

- 1) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение;
- 2) изучение влияния тех или иных болезней на психику;
- 3) изучение психических проявлений различных болезней в их динамике;
- 4) изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей средой;
- 5) разработка принципов и методов психологического исследования в клинике;
- 6) создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Подобное формулирование целей клинической психологии соответствовало усиливающейся тенденции к использованию идей и методов данной науки для повышения качества диагностического и лечебного процесса в различных областях медицины со всеми неизбежными на данном этапе трудностями, обусловленными неодинаковой степенью развития того или иного ее раздела.

Можно выделить конкретные разделы медицинской психологии, которые находят практическое применение знаний в соответствующих клиниках: в психиатри-

4а**4. Взаимосвязь клинической психологии с другими науками**

Базисными науками для клинической психологии являются общая психология и психиатрия. На развитие клинической психологии также оказывают большое влияние неврология и нейрохирургия.

Психиатрия — медицинская наука, но она теснейшим образом сопрягается с клинической психологией. Эти науки имеют общий предмет научных исследований — психические расстройства. Но кроме этого, клиническая психология занимается такими нарушениями, которые по своей значимости не равноценны болезням (например, по проблемам супружества), а также психическими аспектами соматических расстройств. Однако психиатрия как частная область медицины больше учитывает соматическую плоскость психических расстройств. Клиническая же психология делает акцент на психологических аспектах.

Клиническая психология связана с психофармакологией: и та, и другая изучают психопатологические расстройства и способы их лечения. Кроме того, употребление лекарственных средств всегда оказывает на пациента положительное или отрицательное психологическое действие.

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 достижения медицинской психологии.

26 2) психику пациентов в период подготовки к хирургическим вмешательствам и в послеоперационном периоде;

- 3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т. д.);
- 4) психику больных с дефектами органов слуха, зрения и т. п.;
- 5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
- 6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;
- 7) частную психотерапию.

Б. Д. Карвасарский в качестве предмета клинической психологии выделил особенности психической деятельности больного в их значении для патогенетической и дифференциальной диагностики болезни, оптимизации ее лечения, а также предупреждения и укрепления здоровья.

Что же является объектом клинической психологии?

Б. Д. Карвасарский считает, что объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, которые связаны с его физическим, социальным и духовным состоянием.

46 На Западе считается, что психотерапия является частной областью клинической психологии, и таким образом подчеркивается особая близость между психологией и психотерапией.

Однако положение об особой близости психотерапии и клинической психологии нередко оспаривается. Многие ученые считают, что с научной точки зрения психотерапия ближе к медицине. При этом приводятся следующие аргументы:

- 1) лечение больных является задачей медицины;
- 2) психотерапия является лечением больных.

Отсюда следует, что психотерапия — это задача медицины. Данное положение опирается на тот факт, что во многих странах право заниматься ею получают только врачи.

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

Таким образом, очевидно, что в процессе работы клиническому психологу необходимо применять комплексный подход.

16 честве синонима используется понятие «патологическая психология» — *Abnormal Psychology*.

Кроме клинической психологии, во многих университетах, в основном западных, преподается и медицинская психология. Содержание этой дисциплины может быть разным. Оно включает:

- 1) применение достижений психологии в медицинской практике (прежде всего это касается решения проблемы взаимодействия врача с пациентом);
- 2) предупреждение болезней (профилактику) и охрану здоровья;
- 3) психические аспекты соматических расстройств и пр.

В соответствии с государственным образовательным стандартом **клиническая психология** — специальность широкого профиля, направленная на решение комплекса задач в системе здравоохранения и образования. Отмечается также, что клиническая психология носит межотраслевой характер.

Специалисты дают различные определения клинической психологии. Но все они сходятся в одном: клиническая психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. Это наука, изучающая проблемы медицины с точки зрения психологии.

Ведущий советский психиатр **А. В. Снежневский** считает, что медицинская психология — это отрасль общей психологии, которая исследует состояние и роль психики в возникновении болезней человека, особенностях их проявлений, течения, а также исхода и восстановления. В своем исследовании медицинская психология пользуется принятыми в психологии описательными и экспериментальными методами.

36 ческой клинике — **патопсихология**; в неврологической — **нейропсихология**; в соматической — **психосоматика**.

По мнению **Б. В. Зейгарник**, **патопсихология** изучает нарушения психической деятельности, закономерности распада психики по сравнению с нормой. Она отмечает, что патопсихология оперирует понятиями общей и клинической психологии и использует психологические методы. Патопсихология работает как над проблемами общей клинической психологии (когда исследуются изменения личности психических больных и закономерности распада психики), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Объектом изучения **нейропсихологии** служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает, как изменения психики влияют на возникновение соматических заболеваний.

Патопсихологию следует отличать от психопатологии (о ней речь пойдет позже). Сейчас стоит лишь отметить, что патопсихология является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии — **клинико-описательный**.

5а**5. Зарождение и становление клинической психологии**

Становление клинической психологии как одной из основных прикладных отраслей психологической науки связано с развитием как самой психологии, так и медицины, биологии, физиологии, антропологии.

Зарождение клинической психологии начинается еще с античных времен, когда психологические знания зарождались в недрах философии и естествознания.

Возникновение первых научных представлений о психике, выделение науки о душе, формирование эмпирических знаний о психических процессах и их нарушениях связано с развитием античной философии и достижениями античных врачей. Так, **Алкемон Кротонский** (VI в. до н. э.) впервые в истории выдвинул положение о локализации мыслей в головном мозге. **Гиппократ** также придавал большое значение изучению мозга как органа психики. Им были разработаны учение о темпераменте и первая классификация человеческих типов. Александрийскими врачами **Герофилом** и **Эразистратом** был подробно описан мозг; они обратили внимание на кору с ее извилинами, что отличало человека по умственным способностям от животных.

Следующим этапом развития клинической психологии являлись средние века. Это был довольно длительный период, пронизанный безудержным мистицизмом и религиозным догматизмом, гонениями на естествоиспытателей и кострами инквизиции. Вначале обучение строилось на основе античной философии и естествонаучных достижений **Гиппократа**, **Галена**, **Аристотеля**. Затем знание приходит в упадок, расцветает алхимия, и вплоть до XIII в. длятся «темные» годы. Психология в средние века опирается на философию

6а**6. Практические задачи и функции клинического психолога**

Клинический психолог в учреждениях здравоохранения — это специалист, в обязанности которого входит как участие в психодиагностических и психокоррекционных 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. Но такая «бригадная» модель в здравоохранении еще не достаточно распространена, и быстрота ее распространения зависит от наличия психологических кадров. Но пока, к сожалению, отечественная система здравоохранения к этому не готова.

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.

7а**7. Особенности и задачи патопсихологического исследования**

Основными направлениями работы патопсихолога являются следующие.

1. Решение задач дифференциальной диагностики.

Чаще всего такие задачи возникают при необходимости отличить начальные проявления вялотекущих форм шизофрении от неврозов, психопатии и органических заболеваний головного мозга. Также необходимость в патопсихологическом исследовании может возникнуть при распознавании стертых или «маскированных» депрессий, диссимулируемых бредовых переживаний и некоторых форм патологии позднего возраста.

2. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств.

С помощью патопсихологического исследования психолог может определить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов, возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности.

3. Диагностика психического развития и выбор путей обучения и переобучения.

В детских учреждениях патопсихолог играет большую роль в решении диагностических задач. Важной задачей здесь является определение аномалий психического развития, выявление степени и структуры различных форм нарушений психического развития. Патопсихологическое исследование способствует лучшему пониманию характера аномалии психического развития, а также служит основой для разработки психокоррекционных программ для дальнейшей работы с ребенком.

8а**8. Методы патопсихологического исследования**

Методы, применяемые для патопсихологического исследования, можно разделить на **стандартизированные** и **нестандартизированные**.

Нестандартизированные методы направлены на определение конкретных нарушений психической деятельности и составляются индивидуально для каждого больного.

К нестандартизированным методам патопсихологического исследования относятся:

- 1) метод «формирования искусственных понятий» Л. С. Выготского, который используется для выявления особенностей понятийного мышления при различных психических заболеваниях, прежде всего при шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга;
- 2) метод «классификации предметов» Гольдштейна, который применяется для анализа различных нарушений процессов отвращения и обобщения;
- 3) методы «классификация», «предметные картинки», «исключение предметов», «исключение понятий», «толкование пословиц» и другие методы исследования мышления;
- 4) метод «корректирных проб» Анфимова-Бурдона и метод «черно-красных цифровых таблиц» Шульте-Горбова (для исследования внимания и памяти), а также методы набора слогов и слов, методы Крепелина и Эббингауза применяют для исследования кратковременной памяти;
- 5) метод «незаконченных предложений»;
- 6) метод «попарных профилей»;
- 7) тематический апперцепционный тест (ТАТ) и другие методы для исследования личности.

66 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.

86 Основным принципом при использовании не-стандартизированных методов исследования является принцип моделирования определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности больного. Заключение патопсихолога основывается на оценке конечного результата деятельности больного, а также на анализе особенностей процесса выполнения заданий, что позволяет не только выявить нарушения, но и сопоставить нарушенные и сохраненные стороны психической деятельности.

Стандартизированные методы широко применяются в диагностической работе. В данном случае специальным образом подобранные задания предъявляют в одинаковой форме каждому испытуемому. Таким образом, появляется возможность сопоставить способы и уровни выполнения задания испытуемым и другими лицами.

Практически все нестандартизированные методы могут быть стандартизированы. Следует отметить, что для качественного анализа особенностей психической деятельности большинства субтестов, входящих в стандартизированные методы, можно использовать в нестандартизированном варианте.

Б. В. Зейгарник считает, что патопсихологический эксперимент направлен:

- 1) на изучение реальной деятельности человека;
- 2) на качественный анализ различных форм распада психики;
- 3) на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и возможности ее восстановления.

56 **Фомы Аквинского.** Развитие представлений о психике на этом этапе резко замедлилось.

Важную роль в развитии отечественной клинической психологии сыграл **А. Ф. Лазурский** — организатор собственной психологической школы.

Благодаря **А. Ф. Лазурскому** естественный эксперимент был внедрен в клиническую практику, хотя разрабатывался им первоначально для педагогической психологии.

Наиболее разработанными в 60-х гг. XX в. были следующие разделы клинической психологии:

- 1) **патопсихология**, возникшая на стыке психологии, психопатологии и психиатрии (**Б. В. Зейгарник**, **Ю. Ф. Поляков** и др.);
- 2) **нейропсихология**, сформировавшаяся на границе психологии, неврологии и нейрохирургии (**А. Р. Лурия**, **Е. Д. Хомская** и др.).

Существует самостоятельная область психологического знания, имеющая свой предмет, свои методы исследования, свои теоретические и практические задачи, — клиническая психология.

В настоящее время клиническая психология является одной из наиболее популярных прикладных отраслей психологии и имеет большие перспективы развития как за рубежом, так и в России.

76 **4. Исследование личности и социальной среды больного.**

В данном случае психологический эксперимент строится по принципу моделирования определенной предметной деятельности. При этом выявляются особенности психики больных, психических процессов и свойств личности, которые играют важную роль в социальной и профессиональной адаптации. Патопсихолог должен установить, какие функции поражены, а какие сохранены, и определить способы компенсации в различных видах деятельности.

5. Оценка динамики психических нарушений.

Психологические методы оказываются эффективными для выявления изменений в системе отношений и в социальной позиции пациента в связи с осуществляемой психокоррекционной работой. Важно отметить, что при оценке динамики состояния больного всегда проводится повторное психологическое обследование.

6. Экспертная работа.

Патопсихологическое исследование является важным элементом врачебно-трудовой, военно-врачебной, medico-педагогической и судебно-психиатрической экспертиз. Кроме того, в судебной практике психологическое обследование может выступать в качестве самостоятельного доказательства. Задачи исследования определяются видом экспертизы, а также вопросами, на которые должен ответить психолог в ходе эксперимента.

9а

9. Порядок проведения патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование включает следующие этапы.

1. Изучение истории болезни, беседа с врачом и постановка задачи патопсихологического исследования.

Лечащий врач должен сообщить патопсихологу основные клинические данные о больном и поставить перед психологом задачи патопсихологического исследования. Психолог конкретизирует для себя задачу исследования, подбирает необходимые методики и устанавливает порядок их предъявления больному. Врач должен объяснить больному цели патопсихологического исследования и тем самым способствовать выработке у него положительной мотивации.

2. Проведение патопсихологического исследования.

В первую очередь психологу нужно установить контакт с больным. От успешности установления психологического контакта между патопсихологом и испытуемым во многом зависит достоверность полученных в ходе патопсихологического исследования результатов. Прежде чем приступать к проведению эксперимента, необходимо убедиться, что контакт с больным установлен и больной понял цель исследования. Инструкция должна быть сформулирована четко и доступно для больного.

М. М. Костерева выделяет несколько видов отношения больного к патопсихологическому исследованию:

- 1) **активное** (больные с интересом включаются в эксперимент, адекватно реагируют как на успех, так и на неудачи, интересуются результатами исследования);
- 2) **настороженное** (сначала больные относятся к исследованию с подозрительностью, иронией или даже

10а

10. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов

Одним из видов нарушений развития личности являются изменения в мотивационной сфере. **А. Н. Леонтьев** утверждал, что анализ деятельности должен проводиться через анализ изменения мотивов. Психологический анализ изменений мотивов является одним из способов исследования личности больного человека, в том числе и особенностей его деятельности. Кроме того, как отмечает **Б. В. Зейгарник**, «патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования этих изменений».

К основным характеристикам мотивов относятся:

- 1) опосредованный характер мотивов;
- 2) иерархичность построения мотивов.

У детей иерархическое построение мотивов и их опосредование начинает зарождаться еще до школы. Затем в течение всей жизни происходит усложнение мотивов. Одни мотивы подчиняются другим: какой-либо один общий мотив (например, овладеть определенной профессией) включает в себя ряд частных мотивов (овладеть необходимыми знаниями, усвоить определенные навыки и т. п.). Таким образом, деятельность человека всегда побуждается несколькими мотивами и отвечает не одной, а нескольким потребностям. Но в конкретной деятельности всегда можно выделить один ведущий мотив, придающий всему поведению человека некий смысл. Дополнительные мотивы являются необходимыми, так как они непосредственно стимулируют человеческое поведение. Содержание какой-либо деятельности утрачивает личностный смысл, если нет ведущих

11а

11. Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива

Теперь рассмотрим патологию смыслообразующей и побудительной функций мотивов.

Только при слиянии двух этих функций мотива мы можем говорить о сознательно регулируемой деятельности. Из-за ослабления и искажения данных функций происходит серьезное нарушение деятельности.

Данные нарушения были рассмотрены **М. М. Коченовым** на примере больных шизофренией. Им было проведено исследование, которое заключалось в следующем: испытуемый должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных ему экспериментатором, затратив на это не более 7 мин. Задания были такими:

- 1) нарисовать сто крестиков;
- 2) выполнить двенадцать строчек корректурной пробы (по Бурдону);
- 3) выполнить восемь строчек счета (по Крепелину);
- 4) сложить один из орнаментов методики Коса;
- 5) построить из спичек «колодец»;
- 6) сделать из канцелярских скрепок цепочку;
- 7) решить три различные головоломки.

Таким образом, больному было необходимо выбрать те действия, которые являются наиболее целесообразными для достижения основной цели (выполнить определенное количество заданий за определенное время).

Проводя данное исследование на здоровых испытуемых, **М. М. Коченов** пришел к выводу, что для достижения поставленной цели необходим ориентировочный этап (активная ориентировка в материале), который присутствовал у всех представителей данной группы испытуемых.

12а

12. Нарушение подконтрольности и критичности поведения

Сбой подконтрольности поведения — один из образцов нарушения личности. Он выражается в неправильной оценке больным своих действий, в отсутствии критичности к своим болезненным переживаниям. Исследуя нарушения критики у психически больных, **И. И. Кожуховская** показала, что некритичность в любых формах свидетельствует о нарушении деятельности в целом. Критичность, как считает Кожуховская, является «вершиной личностных качеств человека».

В качестве примера такого нарушения рассмотрим выписки из истории болезни, приведенные **Б. В. Зейгарник**:

Больной М.

Год рождения — 1890.

Диагноз: прогрессивный паралич.

История болезни. В детстве развивался нормально. Окончил медицинский факультет, работал хирургом.

В 47 лет появились первые признаки душевного заболевания. Производя операцию, допустил грубейшую ошибку, которая привела к смерти больной.

Психическое состояние: правильно ориентирован, многоречив. Знает о своем заболевании, но относится к этому с большой легкостью. Вспоминая о своей хирургической ошибке, с улыбкой говорит, что «у всех бывают случайности». В данный момент считает себя здоровым, «как бык». Убежден в том, что может работать хирургом и главным врачом больницы.

При выполнении даже простых заданий больной допускает множество грубых ошибок.

Не дослушав инструкцию, пытается подойти к заданию на классификацию предметов, как к игре в домино, и спрашивает: «Как же узнать, кто выиграл?» Когда

106 мотивов, которые дают возможность опосредования мотивов в их иерархическом строении.

Б. С. Братусь указывает, что изменения происходят в первую очередь в мотивационной сфере (как пример — сужение круга интересов). В ходе патопсихологического исследования не обнаруживается грубых изменений познавательных процессов, но при выполнении некоторых заданий (особенно тех, которые требуют длительной концентрации внимания, быстрой ориентации в новом материале), больной не всегда замечает допущенные им ошибки (некритичность), не реагирует на замечания экспериментатора и не руководствуется ими в дальнейшем. Также у больного обнаруживается завышенная самооценка.

Итак, мы видим, как под влиянием алкоголизма данного больного разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у него появляются какие-то желания (например, устроиться на работу), и больной совершает какие-то действия, руководствуясь прежней иерархией мотивов. Однако все эти побуждения не носят стойкого характера. Главным (смыслообразующим) мотивом, который контролирует деятельность больного, в результате является удовлетворение потребности в алкоголе.

Итак, на основании проведенного анализа изменений опосредованности и иерархии мотивов можно сделать следующие выводы:

- 1) данные изменения не выводятся непосредственно из нарушений мозга;
- 2) они проходят сложный и длительный путь формирования;
- 3) при формировании изменений действуют механизмы, схожие с механизмами нормального развития мотивов.

126 же ему зачитывают инструкцию второй раз, выполняет задание правильно.

Выполняя задание «установление последовательности событий», пытается просто объяснить каждую картинку. Но когда экспериментатор прерывает его рассуждения и предлагает разложить картинки в нужном порядке, больной правильно выполняет задание.

При выполнении задания «соотнесение фраз с пословицами» больной правильно объясняет поговорки «Семь раз отмерь — один раз отрежь» и «Не все то золото, что блестит». Но он неправильно относит к ним фразу «Золото тяжелее железа».

С помощью методики пиктограмм были получены следующие результаты: больной образует связи довольно обобщенного порядка (для запоминания словосочетания «веселый праздник» рисует флаг, «темная ночь» — заштриховывает квадрат). Больной очень часто отвлекается от задания.

При проверке обнаруживается, что больной запомнил лишь 5 слов из 14. Когда же экспериментатор сообщил ему, что это очень мало, больной с улыбкой ответил, что в следующий раз запомнит больше.

Таким образом, мы видим, что у больных отсутствует мотив, ради которого они совершают ту или иную деятельность, выполняют то или иное задание.

Их действия являются абсолютно немотивированными, больные не осознают своих поступков, своих высказываний.

Потеря возможности адекватно оценивать свое поведение и поведение окружающих привела к разрушению деятельности этих больных и глубокому личностному нарушению.

96 боятся его, но в процессе эксперимента неуверенность исчезает, больной начинает проявлять аккуратность и исполнительность; при данном типе отношения следует отметить «задержанную форму реагирования», когда наблюдаются расхождения между субъективными переживаниями испытуемого и внешним выразительным компонентом поведения);

3) **формально-ответственное** (больные выполняют требования психолога без личной заинтересованности, не интересуются результатами исследования);

4) **пассивное** (больному требуется дополнительная мотивация; установка на исследование отсутствует либо крайне неустойчивая);

5) **негативное или неадекватное** (больные отказываются от участия в исследовании, выполняют задания непоследовательно, не следуют инструкции).

Делая выводы, патопсихолог должен учитывать все факторы, в том числе образование больного, его отношение к исследованию, а также его состояние во время проведения исследования.

3. Описание результатов, составление заключения по результатам исследования — пределы компетенции психолога.

На основе результатов исследования составляется заключение, в котором последовательно излагаются выводы.

116 Все испытуемые руководствовались степенью сложности заданий и выбирали те из них, выполнение которых займет меньше времени, так как стремились уложиться в отведенные им семь минут.

Таким образом, у здоровых испытуемых в данной ситуации происходит структурирование отдельных действий в целенаправленное поведение.

При проведении эксперимента среди больных шизофренией были получены иные результаты:

- 1) у больных не было ориентировочного этапа;
- 2) они не выбирали легких заданий и часто брались за те задания, которые явно невозможно выполнить в отведенный срок;
- 3) иногда больные выполняли задания с большим интересом и с особенной тщательностью, не замечая, что время уже истекло.

Обратим внимание, что все больные тоже знали, что им надо уложиться в отведенное время, но это не становилось регулятором их поведения. В ходе эксперимента они могли спонтанно повторять «я должен уложиться в 7 минут», не меняя при этом способов выполнения задания.

Итак, исследования **М. М. Коченова** показали, что нарушение деятельности больных шизофренией было обусловлено изменением мотивации сферы. Мотив у них превращался в просто «знание» и таким образом терял свои функции — смыслообразующую и побудительную.

Именно смещение смыслообразующей функции мотивов являлось причиной нарушения деятельности больных, изменения их поведения и деградации личности.

13а 13. Нарушение операциональной стороны мышления. Методики его исследования

Нарушение операциональной стороны мышления происходит в двух категориях:

- 1) снижение уровня обобщения;
- 2) искажение процесса обобщения.

Обобщение относится к основным мыслительным операциям.

Выделяют четыре уровня процесса обобщения:

- 1) **категориальный** — это принадлежность к группе исходя из существенных признаков;
- 2) **функциональный** — принадлежность к группе исходя из функциональных признаков;
- 3) **конкретный** — принадлежность к группе исходя из конкретных признаков;
- 4) **нулевой** — перечисление предметов или их функций, отсутствие попыток обобщить предметы.

Прежде чем приступить к рассмотрению видов нарушений операциональной стороны мышления, перечислим основные методики, которые используются для диагностики патологии мыслительной деятельности.

1. Методика «Классификация предметов»

Задача испытуемого заключается в том, чтобы отнести предметы к той или иной группе (например, «люди», «животные», «одежда» и т. д.). Потом испытуемому предлагается расширить образованные им группы (например, «живое» и «неживое»). Если на последнем этапе человек выделяет две-три группы, можно говорить о наличии у него высокого уровня обобщения.

2. Методика «Исключение лишнего»

Испытуемому предъявляются четыре карточки. На трех из них изображены предметы, которые имеют что-то об-

14а 14. Снижение уровня обобщения

При снижении уровня обобщения у больных преобладают непосредственные представления о предметах и явлениях, т. е. вместо выделения общих признаков больные устанавливают конкретно-ситуационные связи между предметами и явлениями. Они с трудом абстрагируются от конкретных деталей.

Б. В. Зейгарник приводит примеры выполнения задания «классификация предметов» больными со сниженным уровнем обобщения: «...один из описываемых больных отказывается объединить в одну группу козу с волком, «потому что они враждуют»; другой больной не объединяет кошку и жука, потому что «кошка живет в доме, а жук летает». Частные признаки «живет в лесу», «летает» больше определяют суждения больных, чем общий признак «животные». При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию; для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как «на стуле сидят, а на столе работают и кушают...».

Приведем примеры ответов больных со сниженным уровнем обобщения в эксперименте «исключение предметов». Больным предъявляют картинки «лампа керосиновая», «свеча», «лампочка электрическая», «солнце» и спрашивают, что нужно удалить. Экспериментатор получает следующие ответы.

1. «Надо удалить свечу. Она не нужна, есть лампочка».
2. «Не надо свечи, она быстро сгорает, она невыгодна, и потом уснуть можно, может загореться».
3. «Не нужна лампа керосиновая, сейчас повсюду есть электричество».

15а 15. Искажение процесса обобщения. Нарушение динамики мышления

Больные с искажением процесса обобщения, как правило, руководствуются чрезмерно обобщенными признаками. У таких больных преобладают случайные ассоциации.

Например: больной относит к одной группе ботинок и карандаш, потому что «они оставляют следы».

Искажение процесса обобщения встречается у больных шизофренией.

Главное отличие искажения процесса обобщения от снижения его уровня наиболее четко описала **Б. В. Зейгарник**. Она отметила, что если для больных со сниженным уровнем обобщения составление пиктограмм представляет трудность из-за того, что они не в состоянии отвлечься от каких-то определенных значений слова, то больные с искажением процесса обобщения легко выполняют это задание, так как могут образовать любую ассоциацию, не связанную с поставленной перед ними задачей.

Например: больной для запоминания словосочетаний «веселый праздник» и «теплый ветер» рисует два кружка и два треугольника соответственно, а для запоминания слова «разлука» — лук.

Рассмотрим, как выполняет задание «классификация предметов» больной с искажением процесса обобщения (при шизофрении):

- 1) объединяет в одну группу шкаф и кастрюлю, так как «у обоих предметов есть отверстие»;
- 2) выделяет группу предметов «свинья, коза, бабочка», потому что «они волосатые»;
- 3) автомобиль, ложку и телегу относит к одной группе «по принципу движения (ложку тоже двигают ко рту)»;

16а 16. Непоследовательность суждений

Характерной особенностью больных с непоследовательностью суждений является неустойчивость способа выполнения задания. Уровень обобщения у таких больных обычно снижен. Они вполне успешно выполняют задания на обобщение и сравнение. Однако правильные решения у таких больных чередуются с конкретно-ситуационным объединением объектов в группу и с решениями, основанными на случайных связях.

Рассмотрим действия больных с непоследовательностью суждений при выполнении задания «классификация предметов». Такие больные правильно усваивают инструкцию, пользуются адекватным способом при выполнении задания, выбирают картинки по обобщенному признаку. Однако через некоторое время больные меняют правильный путь решения на путь неправильных случайных ассоциаций. При этом отмечается несколько особенностей:

- 1) чередование обобщенных (правильных) и конкретно-ситуационных сочетаний;
- 2) логические связи подменяются случайными сочетаниями (например, больные относят объекты к одной группе, потому что карточки лежат рядом);
- 3) образование одноименных групп (например, больной выделяет группу людей «ребенок, врач, уборщица» и вторую одноименную группу «моряк, лыжник»).

Данное нарушение динамики мышления характеризуется чередованием адекватных и неадекватных решений. Лабильность не приводит к грубым нарушениям строения мышления, а лишь на какое-то время искажает правильный ход суждений больных. Является нарушением умственной работоспособности больных.

146 4. «Если днем, то нужно удалить солнце — и без него светло».

Предъявляются картинки «весы», «часы», «термометр», «очки»:

- 1) больной удаляет градусник, объясняя, что «он только в больнице нужен»;
- 2) больной удаляет весы, так как «они нужны в магазине, когда надо завешивать»;
- 3) больной не может ничего исключить: говорит, что часы нужны «для времени», а градусник — «измерять температуру»; очки он не может удалить, потому что «если человек близорукий, то они нужны ему», а весы «не всегда нужны, но тоже полезны в хозяйстве».

Итак, мы видим, что часто больные подходят к предъявляемым предметам с точки зрения их пригодности в жизни. Они не понимают условности, которая скрыта в поставленной перед ними задаче.

166 Иногда лабильность мышления носит стойкий характер. Такая постоянная, стойкая лабильность встречается у больных МДП в маниакальной фазе.

Часто какое-нибудь слово вызывает у подобных больных цепочку ассоциаций, они начинают приводить примеры из своей жизни. Например, объясняя смысл пословицы «Не все то золото, что блестит», больной в маниакальной фазе МДП говорит: «Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Брат очень любил театр...» и т. д.

Кроме того, у больных с проявлениями лабильности мышления наблюдается «отключаемость»: они начинают влетать в свои рассуждения любой случайный раздражитель из внешней среды. Если это происходит при выполнении задания, больные отвлекаются, нарушают инструкцию, утрачивают целенаправленность действий.

136 щее; четвертый предмет должен быть исключен. Выделение слишком обобщенных признаков, неспособность исключить лишний предмет свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. Методика «Образование аналогий»

Испытуемому предъявляют пары слов, между которыми существуют определенные смысловые отношения. Задача испытуемого — выделить пару слов по аналогии.

4. Методика «Сравнение и определение понятий»

Стимульный материал представляет собой однородные и разнородные понятия. Эта методика используется для исследования искажения процесса обобщения.

5. Толкование переносного смысла пословиц и метафоров

Существует два варианта данной методики. В первом случае испытуемому предлагается просто объяснить переносный смысл пословиц и метафоров. Второй вариант заключается в том, что для каждой пословицы нужно найти соответствующую по значению фразу.

6. Методика пиктограмм

Задача испытуемого — запомнить 15 слов и словосочетаний. Для этого ему нужно изобразить легкий рисунок, чтобы запомнить все словосочетания или слова. Затем анализируется характер выполненных рисунков. Обращается внимание на наличие связей между стимульным словом и рисунком испытуемого.

156 4) объединяет в одну группу часы и велосипед, потому что «часы измеряют время, а когда едут на велосипеде, измеряется пространство»;

- 5) лопату и жука относит к одной группе, так как «лопата роет землю, жук тоже роется в земле»;
- 6) объединяет в одну группу цветок, лопату и ложку, потому что «это предметы, вытянутые в длину».

Нарушение динамики мышления встречается достаточно часто.

Выделяют несколько видов нарушения динамики мышления.

1. Непоследовательность суждений.
2. Лабильность мышления.
3. Инертность мышления.

Исследование динамики мышления проводится с помощью методик, используемых для изучения нарушений операциональной стороны мышления. Но при данном виде нарушений необходимо прежде всего обращать внимание на:

- 1) особенности переключения испытуемого с одного вида деятельности на другой;
- 2) чрезмерную обстоятельность суждений;
- 3) склонность к детализации;
- 4) неспособность сохранять целенаправленность суждений.

17а

17. Инертность мышления

Инертность мышления характеризуется выраженной затрудненностью переключения с одного вида деятельности на другой. Данное нарушение мышления является антиподом лабильности мыслительной деятельности. В этом случае больные не могут изменять ход своих суждений. Такие трудности переключения, как правило, сопровождаются снижением уровня обобщения и отвлечения. Тугоподвижность мышления приводит к тому, что испытуемые не могут справиться даже с простыми заданиями, требующими переключения (с заданиями на опосредование).

Инертность мышления встречается у больных:

- 1) эпилепсией (наиболее часто);
- 2) с травмами головного мозга;
- 3) с умственной отсталостью.

Для иллюстрации инертности мышления приведем пример: «Больной Б-н (эпилепсия). Шкаф. «Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу — платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней буфет не помещается или если просто-таки нет буфета, то в шкафу хранят посуду. Вот у нас стоит шкаф; справа — большое пустое пространство, а налево — 4 полки; там и посуда, и еда. Это, конечно, некультурно, часто хлеб пахнет нафталином — это от моли порошок. Олять же бывают шкафы книжные, они не столь глубоки. Полки их уже, полок много. Теперь шкафы вмуровываются в стены, но все равно — это шкаф».

Инертность мыслительной деятельности выявляется и в ассоциативном эксперименте. В инструкции говорится, что испытуемый должен отвечать экспериментатору словом противоположного значения.

18а

18. Нарушение мотивационной (личностной) стороны мышления. Разноплановость мышления

Мышление определяется поставленной целью, задачей. Когда человек утрачивает целенаправленность мыслительной деятельности, мышление перестает являться регулятором человеческих действий.

К нарушениям мотивационного компонента мышления относятся:

- 1) разноплановость;
- 2) резонерство.

Разноплановость мышления характеризуется отсутствием логических связей между различными мыслями. Суждения больных о том или ином явлении протекают как бы в разных плоскостях. Они могут точно понять инструкцию, обобщить предложенные объекты на основании существенных свойств предметов. Однако не могут выполнять задания в нужном направлении.

Выполняя задание «классификация предметов», больные могут объединять объекты то на основании свойств самих предметов, то на основании собственных установок и вкусов.

Рассмотрим несколько примеров разноплановости мышления.

1. Больной выделяет группу предметов «шкаф, стол, этажерка, уборщица, лопата», так как это «группа выметающих плохое из жизни», и добавляет, что «лопата — эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством».

2. Больной выделяет группу предметов «слон, лыжник», так как это «предметы для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне».

19а

19. Резонерство. Классификация нарушений мышления по форме и по содержанию

Резонерство — это тенденция к непродуктивным многословным рассуждениям, склонность к так называемому «бесплодному мудрствованию». Суждения таких больных обусловлены не так нарушением интеллектуальной деятельности, как повышенной аффективностью. Они стремятся подвести любое явление (даже абсолютно незначительное) под какую-то концепцию.

Аффективность проявляется в самой форме высказывания (больной говорит громко, с неуместным пафосом). Иногда одна интонация больного свидетельствует о том, что высказывание «резонерское».

Кроме рассмотренной классификации нарушений мышления существует еще одна классификация, согласно которой расстройство мышления делятся на две группы:

- 1) по форме;
- 2) по содержанию.

Нарушения мышления по форме в свою очередь делятся на:

- 1) нарушения по темпу:
 - а) **ускорение** (скачка идей, которая обычно наблюдается в маниакальной фазе при МДП; ментизм, или мантизм, — наплыв мыслей, возникающий помимо воли больного при шизофрении, при МДП);
 - б) **замедление** — заторможенность и бедность ассоциаций, что обычно встречается во время депрессивной фазы при МДП;
- 2) нарушения по стройности:
 - а) **разорванность** — нарушение логических связей между членами предложения (при этом сохраняется грамматическая составляющая);

20а

20. Методики, которые используют для исследования памяти

Для исследования памяти используют следующие методики.

1. Десять слов

Испытуемому зачитывают десять простых слов, после чего он должен повторить их в любом порядке 5 раз. Полученные результаты экспериментатор вносит в таблицу. Спустя 20—30 мин испытуемого снова просят воспроизвести эти слова. Результаты также вносятся в таблицу.

Пример: вода, лес, стол, гора, часы, кошка, гриб, книга, брат, окно.

2. Метод пиктограмм

Испытуемому предъявляется 15 слов для запоминания. Для облегчения этой задачи он должен сделать карандашом зарисовки. Записей или буквенных обозначений делать не разрешается. Испытуемому просят повторить слова после окончания работы, а затем — еще раз через 20—30 мин. При анализе особенностей запоминания обращают внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно и сколько не воспроизведено вообще. Модификацией данного метода может служить тест **А. Н. Леонтьева**. Этот метод предполагает не рисование, а выбор предмета из предложенных готовых картинок. Методика имеет несколько серий, различных по степени сложности. Тест **А. Н. Леонтьева** можно использовать для исследования памяти у детей, а также у лиц с невысоким уровнем интеллекта.

3. Воспроизведение рассказов

Испытуемому зачитывают рассказ (иногда рассказ дается для самостоятельного чтения). Затем он должен воспроизвести рассказ устно или письменно. При ана-

186 3. Больной выделяет группу предметов «цветок, кровать, кастрюля, уборщица, пила, вишня», потому что это «предметы, окрашенные в красный и синий цвета».

Приведем примеры выполнения задания «исключение предметов» одной из больных с разноплановостью мышления:

- 1) предъявляются картинки «лампа керосиновая», «солнце», «электрическая лампочка», «свеча»; больная исключает солнце, так как «это естественное светило, остальное — искусственное освещение»;
- 2) предъявляются картинки «весы», «часы», «термометр», «очки»; больная решает удалить очки: «Очки отделию, не люблю очков, люблю пенсне, почему их не носят. Чехов ведь носил»;
- 3) предъявляются картинки «барабан», «наган», «военная фуражка», «зонтик»; больная удаляет зонтик: «Зонтик не нужен, сейчас носят плащи».

Как мы видим, больная может выполнить обобщение: она исключает солнце, так как это естественное светило. Но затем она выделяет очки на основании личного вкуса (так как «она не любит их», а не потому, что они не являются измерительным прибором). На этом же основании она выделяет зонтик.

206 лизе результатов экспериментатор обязательно учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены испытуемым, не наблюдается ли у него конфабуляция (заполнения пробелов в памяти несуществующими событиями).

Примеры рассказов для запоминания: «Галка и голуби», «Вечный король», «Логика», «Муравей и голубка» и др.

4. Исследование зрительной памяти (тест **А. Л. Бентона**).

Для проведения этого теста используется пять серий рисунков. При этом в трех сериях предлагается по 10 карточек одинаковой сложности, в двух — по 15 карточек. Испытуемому в течение 10 с показывают карточку, а затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Анализ полученных данных проводится с помощью специальных таблиц Бентона. Этот тест позволяет получить дополнительные данные о наличии органических заболеваний головного мозга.

При проведении психологического эксперимента, направленного на исследование нарушений памяти, обычно выявляются особенности непосредственной и опосредованной памяти.

176 Полученные данные показали, что латентный период у таких больных составляет в среднем 6,5 с, а у отдельных больных он достигает 20—30 с.

У испытуемых с инертностью мышления отмечено большое количество запаздывающих ответов. При этом больные отвечают на ранее предъявленное слово, а не на то, которое предъявляется в данный момент. Рассмотрим примеры таких запаздывающих ответов:

- 1) больной отвечает словом «молчание» на слово «пение», а на следующее слово «колесо» отвечает словом «тишина»;
- 2) ответив словом «вера» на слово «обман», на следующее слово «голоса» больной отвечает словом «ложь». Запаздывающие ответы больных являются значительным отклонением от протекания ассоциативного процесса в норме. Они показывают, что следовой раздражитель для таких больных имеет гораздо большее сигнальное значение, чем актуальный.

196 б) **бессвязность** — это нарушение в области речи, смысловой и синтаксической ее составляющих;

в) **вербигерация** — стереотипное повторение в речи сходных по созвучию отдельных слов и словосочетаний;

3) нарушения по целенаправленности:

- а) **резонерство**;
- б) **патологическая обстоятельность мышления**;
- в) **персеверация**.

Нарушения мышления по содержанию делятся на:

- 1) **навязчивые состояния** — различные произвольные возникающие мысли, от которых человек не может избавиться, сохраняя к ним критичное отношение;
- 2) **сверхценные идеи** — эмоционально насыщенные и правдоподобные убеждения и представления;
- 3) **бредовые идеи** — ложные суждения и умозаключения:
 - а) **паранойальный бред** — систематизированный и правдоподобный бред, протекающий без нарушений ощущений и восприятия;
 - б) **параноидный бред** — бред, обычно не имеющий достаточно стройной системы, протекающий чаще всего с нарушениями ощущений и восприятия;
 - в) **парафренный бред** — систематизированный бред с нарушениями ассоциативного процесса, протекающий на фоне повышенного настроения.

21а 21. Нарушения непосредственной памяти

Непосредственная память — это способность воспроизводить информацию сразу же после действия того или иного стимула.

Одними из наиболее распространенных видов нарушений непосредственной памяти являются:

- 1) корсаковский синдром;
- 2) прогрессирующая амнезия.

Корсаковский синдром — это нарушение памяти на текущие события при относительной сохранности памяти на события прошлого. Этот синдром был описан отечественным психиатром **С. С. Корсаковым**.

Корсаковский синдром может проявляться в недостаточно точном воспроизведении виденного или слышанного, а также в неточной ориентировке. Часто больные сами замечают дефекты своей памяти и пытаются заполнить пробелы вымышленными вариантами событий. Реальные события то отчетливо отражаются в сознании больного, то причудливо переплетаются с никогда не существовавшими событиями. Неспособность запоминать текущие события приводит к невозможности организации будущего.

При **прогрессирующей амнезии** расстройства памяти распространяются как на текущие события, так и на события прошлого. Больные путают прошлое с настоящим, искажают последовательность событий. При прогрессирующей амнезии отмечены следующие признаки:

1. **Интерферирующий эффект** — наложение событий прошлого на события настоящего, и наоборот.
2. **Дезориентировка в пространстве и во времени**.

Пример: больной кажется, что она живет в начале XX в.; она думает, что недавно началась Октябрьская революция.

22а 22. Нарушение опосредованной памяти

Опосредованным является запоминание с использованием промежуточного (опосредующего) звена с целью улучшения воспроизведения.

Нарушение опосредованной памяти у различных групп больных исследовали **С. В. Логинова** и **Г. В. Биренбаум**. В работах **А. Н. Леонтьева** показано, что привлечение фактора опосредованности улучшает воспроизведение слов. Но несмотря на то что в норме фактор опосредования улучшает запоминание, оказалось, что у некоторых больных введение опосредующего звена часто не улучшает, а даже ухудшает возможность воспроизведения.

Больные с нарушениями опосредованной памяти хуже запоминают слова, когда пытаются использовать опосредующее звено. Опосредование не помогает и тем больным, которые пытаются устанавливать слишком формальные связи (например, для слова «сомнение» больной нарисовал рыбу сом, потому что совпал первый слог, а для слова «дружба» — два треугольника).

При анализе нарушений памяти следует учитывать личностно-мотивационный компонент.

Для исследования нарушения мотивационной составляющей мнестической деятельности проводили экспериментальные исследования. Испытуемому предъявлялось около двадцати задач, которые он должен был выполнить. Этот новый мотив выступал в качестве смыслообразующего и побудительного мотива (испытуемый ставил перед собой определенную цель — воспроизвести как можно больше действий).

То, что мнестическая деятельность является мотивированной, прослеживается и на примере патологии.

23а 23. Методики, применяемые для исследования внимания

Выделяют следующие методики, которые применяются в исследовании внимания.

1. **Корректирующая проба**. Применяется для исследования устойчивости внимания, способности к его концентрации. Используются бланки с изображением рядов букв, которые расположены хаотично. Испытуемый должен зачеркивать одну или две буквы по выбору экспериментатора. Для проведения исследования необходимо секундомер. Иногда каждые 30—60 с отмечают положение карандаша испытуемого. Экспериментатор обращает внимание на количество допущенных ошибок, темп выполнения больным задания, а также на распределение ошибок в течение эксперимента и их характер (зачеркивание других букв, пропуски отдельных букв или строчек и т. д.).

2. **Счет по Крепелину**. Эта методика была предложена **Э. Крепелиным** в 1895 г. Ее применяют для изучения особенностей переключения внимания, исследования работоспособности. Испытуемому предъявляются бланки с расположенными на них столбцами цифр. Нужно складывать или вычитать в уме эти цифры, а на бланке записывать результаты.

После выполнения задания экспериментатор делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости) и отмечает наличие или отсутствие расстройств внимания.

3. **Отыскивание чисел на таблицах Шульце**. Для исследования используются специальные таблицы, где в случайном порядке расположены числа (от 1 до 25). Испытуемый должен указкой показывать числа по порядку и называть их. Экспериментатор учитывает время выполнения задания. Исследование с помощью таб-

24а 24. Ощущения. Их классификация

Ощущение — это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств, предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы.

К основным свойствам ощущений относятся:

- 1) модальность и качество;
- 2) интенсивность;
- 3) временная характеристика (длительность);
- 4) пространственная характеристика.

Ощущения могут носить как осознаваемый, так и неосознаваемый характер.

Важной характеристикой ощущений является **порог ощущения** — величина раздражителя, способная вызывать ощущение.

Рассмотрим некоторые классификации ощущений.

В. М. Вундт предложил разделить ощущения на три группы (в зависимости от того, какие характеристики внешней среды отражаются):

- 1) пространственные;
- 2) временные;
- 3) пространственно-временные.

А. А. Ухтомский предложил разделить все ощущения на 2 группы:

1. **Высшие** (те виды ощущений, которые дают наиболее тонкий разнообразный дифференцированный анализ, например зрительные и слуховые).

2. **Низшие** (те виды ощущений, которые характеризуются менее дифференцированной чувствительностью, например болевой и тактильной).

В настоящее время общепринятой и наиболее распространенной является **классификация Шерринг-**

226 Такие же эксперименты проводились у больных с различными формами нарушений мотивационной сферы. Оказалось, что:

- 1) у больных шизофренией не наблюдалось эффекта лучшего воспроизведения незавершенных заданий по сравнению с завершенными;
- 2) больные с ригидностью эмоциональных установок (например, при эпилепсии) гораздо чаще воспроизводили незавершенные действия по сравнению с завершенными.

Подводя итоги, сравним результаты, полученные при исследовании здоровых испытуемых и испытуемых с различными психическими заболеваниями.

1. У здоровых испытуемых ВН/ВЗ = 1,9.
2. У больных шизофренией (простая форма) ВН/ВЗ = 1,1.
3. У больных эпилепсией ВН/ВЗ = 1,8.
4. У больных с астеническим синдромом ВН/ВЗ = 1,2.

Итак, сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с различными нарушениями мотивационной сферы указывает на важную роль мотивационного компонента в мнестической деятельности.

216 Такие нарушения памяти часто отмечаются при психических заболеваниях позднего возраста. Сначала у больных снижается способность к запоминанию текущих событий, затем из памяти стираются события последних лет. При этом сохранившиеся в памяти события из отдаленного прошлого приобретают в сознании больного особую актуальность. Больной живет не в настоящем, а в обрывках ситуаций и действий, которые происходили в далеком прошлом.

Для иллюстрации подобных нарушений памяти приведем примеры, взятые из результатов экспериментального исследования одной из больных:

- 1) объясняя смысл пословицы «Не в свои сани не садись», говорит: «Не будь таким нахальным, невежливым, хулиганом. Не ходи, куда не нужно»;
- 2) смысл пословицы «Куй железо, пока горячо» объясняет так: «Работай, будь трудолюбивым, культурным, вежливым. Делай все быстро, хорошо. Люби человека. Все для него делай».

Таким образом, понимая переносный смысл пословицы, больная не может запомнить его и отвлекается. Суждения больной характеризуются неустойчивостью, правильные суждения чередуются с неверными.

246 тона, который предложил разделить ощущения на три группы в зависимости от месторасположения рецептора и местонахождения источника раздражения:

- 1) **экстерорецепторы** — рецепторы внешней среды (зрение, слух, обоняние, вкус, тактильные, температурные, болевые ощущения);
- 2) **проприорецепторы** — рецепторы, отражающие движение и положение тела в пространстве (мышечно-суставные, или кинестетические, вибрационные, вестибулярные);
- 3) **интерорецепторы** — рецепторы, расположенные во внутренних органах (они в свою очередь делятся на хеморецепторы, терморецепторы, болевые рецепторы и механорецепторы, отражающие изменения давления во внутренних органах и кровяном русле).

236 лиц Шульте помогает выявить особенности переключения внимания, истощаемость, вработываемость, а также сосредоточенность или отвлекаемость.

4. Модифицированная таблица Шульте. Для исследования переключения внимания часто используется модифицированная красно-черная таблица Шульте, которая содержит 49 чисел (из них 25 черных и 24 красных). Испытуемый по очереди должен показывать цифры: черные — в порядке возрастания, красные — в порядке убывания. Эта таблица используется для исследования динамики мыслительной деятельности и способности быстро переключать внимание с одного объекта на другой.

5. Отсчитывание. Испытуемый должен отсчитывать от ста определенное число (одно и то же). При этом экспериментатор отмечает паузы. При обработке результатов исследуют:

- 1) характер ошибок;
- 2) следование инструкции;
- 3) переключение;
- 4) сосредоточенность;
- 5) истощаемость внимания.

25а

25. Методы исследования ощущений и восприятия. Основные нарушения ощущений

Исследование восприятия проводится:

- 1) клиническими методами;
 - 2) экспериментально-психологическими методами.
- Клинический метод применяется, как правило, в следующих случаях:
- 1) исследования тактильной и болевой чувствительности;
 - 2) исследование температурной чувствительности;
 - 3) исследование расстройств органов слуха и зрения;
 - 4) исследование порогов слуховой чувствительности, восприятия речи.
- Экспериментально-психологические методы обычно применяются для исследования более сложных слуховых и зрительных функций. Так, **Е. Ф. Бажиным** был предложен комплекс методик, который включает:
- 1) методики для исследования более сложных сторон деятельности анализаторов;
 - 2) методики для исследования более сложной комплексной деятельности.
- Также применяются следующие методики:
- 1) методика «Классификация предметов» — для выявления зрительной агнозии;
 - 2) таблицы Поппелрейтера, которые представляют собой изображения, наложенные друг на друга, и которые нужны для выявления зрительной агнозии;
 - 3) таблицы Равена — для исследования зрительного восприятия;
 - 4) таблицы, предложенные **М. Ф. Лукьяновой** (движущиеся квадраты, волнистый фон), — для исследо-

26а

26. Определение и виды восприятия

Теперь рассмотрим основные нарушения восприятия. Но сначала определимся, чем же восприятие отличается от ощущений. **Восприятие** основывается на ощущениях, возникает из них, но обладает определенными особенностями.

Общим для ощущений и восприятия является то, что они начинают функционировать лишь при непосредственном воздействии раздражения на органы чувств.

Восприятие не сводится к сумме отдельных ощущений, а является качественно новой ступенью познания.

Основными принципами восприятия предметов считаются следующие.

1. **Принцип близости** (чем ближе друг к другу в зрительном поле располагаются элементы, тем с большей вероятностью они объединяются в единый образ).

2. **Принцип сходства** (похожие элементы стремятся к объединению).

3. **Принцип «естественного продолжения»** (элементы, выступающие как части знакомых фигур, контуров и форм, с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры, контуры и формы).

4. **Принцип замкнутости** (элементы зрительного поля имеют тенденцию к созданию замкнутого целостного изображения).

Вышеперечисленными принципами обусловлены основные свойства восприятия:

- 1) **предметность** — способность воспринимать мир в виде отдельных предметов, обладающих определенными свойствами;
- 2) **целостность** — способность мысленно достраивать воспринимаемый предмет до целостной формы, если он представлен неполным набором элементов;

27а

27. Основные нарушения восприятия

К основным нарушениям восприятия относят:

1. **Иллюзии** — это искаженное восприятие реального объекта. Например, иллюзии могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными и т. д.

По характеру возникновения выделяют три вида иллюзий:

- 1) физические;
- 2) физиологические;
- 3) психические.

2. **Галлюцинации** — нарушения восприятия, возникающие без наличия реального объекта и сопровождающиеся уверенностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

Зрительные и слуховые галлюцинации обычно делят на две группы:

1. **Простые**. К ним относятся:
 - а) **фотопсии** — восприятия ярких вспышек света, кругов, звездочек;
 - б) **акоазмы** — восприятия звуков, шума, треска, свиста, плача.
2. **Сложные**. К ним относят например слуховые галлюцинации, которые имеют вид членораздельной фразовой речи и носят, как правило, приказывающий или угрожающий характер.
3. **Эйдетизм** — расстройство восприятия, при котором след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе остается в форме четкого и яркого образа.
4. **Деперсонализацией** называется искаженное восприятие как собственной личности в целом, так и отдельных качеств и частей тела. Исходя из этого, выделяют два вида деперсонализации:

28а

28. Стресс. Кризис

Понятие стресса было введено канадским патофизиологом и эндокринологом **Г. Селье**. Стрессом является стандартный ответ организма на любой фактор, который воздействует на него извне. Характеризуется аффектами — выраженными эмоциональными переживаниями.

Стресс может носить различный характер:

- 1) **дистресс** носит негативный характер;
- 2) **эустресс** носит позитивный и мобилизующий характер.

Некоторые авторы считают, что стресс зачастую является причиной возникновения различных психических заболеваний.

Г. Селье выделил две реакции на вредные воздействия внешней среды:

1. Специфическая — определенное заболевание со специфической симптоматикой.

2. Неспецифическая (проявляется в общем адаптационном синдроме).

Неспецифическая реакция состоит из трех фаз:

- 1) реакция тревоги (под влиянием стрессовой ситуации организм меняет свои характеристики; если стрессор очень сильный, стресс может наступить и на этом этапе);
- 2) реакция сопротивления (если действие стрессора совместимо с возможностями организма, организм сопротивляется; тревога почти исчезает, уровень сопротивляемости организма значительно повышается);
- 3) реакция истощения (если стрессор действует длительное время, силы организма постепенно истощаются; вновь появляется тревога, но теперь уже необратимая; наступает стадия дистресса).

266 3) **константность** — способность воспринимать предметы постоянными по форме, цвету, консистенции и величине независимо от условий восприятия;

4) **категориальность** — способность обобщать и относить воспринимаемый предмет к определенному классу.

Основные виды восприятия выделяются в зависимости от органа чувств (как и ощущения):

- 1) зрительные;
- 2) слуховые;
- 3) вкусовые;
- 4) осязательные;
- 5) обонятельные.

Одним из наиболее значимых видов восприятия в клинической психологии является **восприятие человеком времени** (оно может значительно изменяться под влиянием различных заболеваний). Большое значение придается также нарушениям **восприятия собственного тела и его частей**.

286 Концепция кризисов зародилась и развивалась в США. Согласно этой концепции «риск возникновения психических расстройств достигает наивысшей точки и материализуется в определенной кризисной ситуации».

«Кризис — это состояние, возникающее, когда лицо сталкивается с препятствием жизненно важным целям, которое в течение некоторого времени является непреодолимым при помощи привычных методов разрешения проблем. Возникает период дезорганизации, расстройства, в течение которого совершается много разных abortивных попыток разрешения. В конце концов достигается какая-то форма адаптации, которая может наилучшим образом отвечать или не отвечать интересам этого лица и его близких»¹.

Выделяют следующие виды кризисов:

- 1) кризисы развития (например, поступление ребенка в детский сад, школу, вступление в брак, уход на пенсию и т. д.);
- 2) случайные кризисы (например, безработица, стихийное бедствие и т. д.);
- 3) типовые кризисы (например, смерть близкого человека, появление в семье ребенка и т. д.).

256 вания сенсорной возбудимости (при органических нарушениях головного мозга);

5) тахистоскопический метод (идентификация прослушиваемых магнитофонных записей с различными звуками: звон стекла, журчание воды, шепот, свист и т. д.) — для исследования слухового восприятия.

1. **Анестезия**, или утрата чувствительности, может захватывать как отдельные виды чувствительности (**парциальная анестезия**), так и все виды чувствительности (**тотальная анестезия**).

2. Довольно часто встречается так называемая **истерическая анестезия** — исчезновение чувствительности у больных с истерическими невротическими расстройствами (например, истерическая глухота).

3. **Гиперестезия** обычно захватывает все сферы (наиболее часто встречаются зрительная и акустическая). Например, такие больные не переносят звук обычной громкости или не очень яркий свет.

4. При **гипозестезии** больной как бы нечетко воспринимает окружающий мир (например, при зрительной гипозестезии предметы для него лишены красок, выглядят бесформенно и расплывчато).

5. При **парестезии** у больных отмечаются тревожность и суетливость, а также повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с постельным бельем, одеждой и т. д.

Разновидностью парестезии является **сенестопатия** — появление довольно нелепых неприятных ощущений в различных частях тела (например, чувство «переливания» внутри органов). Такие нарушения обычно возникают при шизофрении.

276 1) **парциальную** (нарушение восприятия отдельных частей тела);

2) **тотальную** (нарушение восприятия всего тела).

5. **Дереализация** — это искаженное восприятие окружающего мира. В качестве примера дереализации можно привести симптом «уже виденного» (*de ja vu*).

6. **Агнозиями** называют нарушения узнавания предметов, а также частей собственного тела, но при этом сохраняется сознание и самосознание.

Выделяют следующие виды агнозий:

1. **Зрительные агнозии** — расстройства узнавания предметов и их изображений при сохранении достаточной остроты зрения. Делятся на:

- а) предметную агнозию;
- б) агнозию на цвета и шрифты;
- в) оптико-пространственную агнозию (больные не могут передать на рисунке пространственные признаки объекта: дальше — ближе, больше — меньше, выше — ниже и т. д.).

2. **Слуховые агнозии** — нарушение способности различать звуки речи при отсутствии нарушений слуха;

3. **Тактильные агнозии** — расстройства, характеризующиеся неузнаванием предметов путем их ощупывания при сохранности тактильной чувствительности.

29а

29. Фрустрация. Страх

«**Фрустрация** (англ. *frustration* — «расстройство, срыв планов, крушение») — специфическое эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникает препятствие и сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые».

Для состояния фрустрации характерны следующие признаки:

- 1) наличие мотива;
- 2) наличие потребности;
- 3) наличие цели;
- 4) наличие первоначального плана действия;
- 5) наличие сопротивления препятствию, которое является фрустрирующим (сопротивление может быть пассивным и активным, внешним и внутренним).

В ситуациях фрустрации человек ведет себя либо как инфантильная, или как зрелая личность. Инфантильная личность в случае фрустрации характеризуется неконструктивным поведением, которое выражает в агрессии или в уходе от разрешения сложной ситуации. Зрелой личности, напротив, свойственно конструктивное поведение, которое проявляется в том, что человек усиливает мотивацию, повышает уровень активности для достижения цели, сохраняя саму цель.

Наиболее частым симптомом нарушения эмоциональной сферы считается **страх**. Однако страхи могут являться адекватной мобилизующей реакцией на реальную угрозу. Многие люди даже не подозревают о наличии у них какой-либо разновидности страха до тех пор, пока не столкнутся с соответствующей ситуацией.

Для оценки степени патологичности страхов используют следующие параметры.

30а

30. Нарушения волевой сферы

Понятие воли неразрывно связано с понятием мотивации. **Мотивация** — это процесс целенаправленной организованной устойчивой деятельности (основная цель — удовлетворение потребностей).

Мотивы и потребности выражаются в **желаниях и намерениях**. Побудителем познавательной деятельности человека может быть и **интерес**, который играет наиболее важную роль в приобретении новых знаний.

Мотивация и активность тесно связаны с двигательными процессами, поэтому волевая сфера иногда обозначается как двигательно-волевая.

К расстройствам волевой деятельности относятся:

- 1) **нарушение структуры иерархии мотивов** — отклонение формирования иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей человека;
- 2) **парабулия** — формирование патологических потребностей и мотивов;
- 3) **гипербулия** — нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения);
- 4) **гипобулия** — нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Одним из наиболее ярких клинических синдромов двигательно-волевой сферы является **кататонический синдром**, который включает в себя следующие симптомы:

- 1) **стереотипии** — частое ритмичное повторение одних и тех же движений;
- 2) **импульсивные действия** — внезапные, бессмысленные и нелепые двигательные акты без достаточной критической оценки;
- 3) **негативизм** — беспричинное отрицательное отношение к любым воздействиям извне в виде сопротивления и отказа;

31а

31. Нарушения сознания и самосознания

Прежде чем приступить к рассмотрению нарушений, дадим определение сознанию.

«**Сознание** есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям».

Для определения нарушений сознания важно учитывать, что наличие одного из вышеперечисленных признаков не свидетельствует о помрачении сознания, поэтому необходимо установить совокупность всех этих признаков.

Нарушения сознания делят на две группы.

1. Состояния выключенного сознания:
2. Состояния расстроенного сознания:
 - а) делирий;
 - б) онейроид;
 - в) сумеречное расстройство сознания.

Состояния выключенного сознания характеризуются резким повышением порога для всех внешних раздражителей. У больных замедляются движения, они безучастны к окружающему.

Делирий характеризуется нарушением ориентировки в пространстве и во времени (возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка) при полной сохранности ориентировки в собственной личности. При этом возникают сценородные галлюцинации, обычно устрашающего характера. Как правило, делириозное состояние возникает вечером, а ночью усиливается.

Онейроид характеризуется дезориентировкой (или ложной ориентировкой) в пространстве, во времени и частично — в собственной личности. При этом у больных возникают галлюцинации фантастического характера.

32а

32. Афазии

Афазиями называют системные расстройства речи, которые появляются при глобальных травмах коры левого полушария (у правшей). Термин «афазия» предложил в 1864 г. А. Труссо.

Рассмотрим классификацию нарушений речи, предложенную **А. Р. Лурия**. Он выделил семь форм афазий.

1. **Сенсорная афазия** характеризуется нарушением фонематического слуха. При этом больные либо вообще не понимают обращенную к ним речь, либо (в менее тяжелых случаях) не понимают речь в сложных условиях (например, слишком быструю речь), у них резко затрудняется письмо под диктовку, повторение услышанных слов, а также чтение (из-за невозможности отслеживать правильность своей речи).

2. **Акустико-мнестическая афазия** (нарушение слухоречевой памяти) выражается в том, что больной понимает обращенную речь, но не способен запомнить даже небольшой речевой материал (при этом фонематический слух остается сохраненным). Такое нарушение слухоречевой памяти приводит к непониманию длинных фраз и устной речи вообще.

3. **Оптико-мнестическая афазия** выражается в том, что больные не могут правильно назвать предмет, а пытаются описать предмет и его функциональное назначение. Больные не могут нарисовать даже элементарные объекты, хотя графические движения у них остаются сохраненными.

4. **Афферентная моторная афазия** связана с нарушением поступления ощущений от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речи. У больных наблюдаются нарушения произношения.

5. **Семантическая афазия** характеризуется нарушением понимания предлогов, слов и словосочетаний,

306 4) **эхолалия и эхопраксия** — повторение большим отдельных слов или действий, которые он слышит или видит в данный момент;

5) **каталепсия** (симптом «восковой гибкости») — застытие больного в одной позе и сохранение этой позы в течение длительного времени.

Особыми разновидностями нарушений воли являются следующие патологические симптомы:

1) симптом аутизма;

2) симптом автоматизмов.

Симптом аутизма проявляется в том, что больные утрачивают потребность общаться с окружающими. У них формируется патологическая замкнутость, нелюдимость и отгороженность.

Автоматизмы — это самопроизвольное и неконтролируемое осуществление ряда функций независимо от наличия побудительных импульсов извне. Выделяют следующие виды автоматизмов.

1. **Амбулаторный** (встречается у больных эпилепсией и заключается в том, что больной совершает внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после эпилептического припадка полностью забывает).

2. **Сомнамбулический** (больной находится либо в гипнотическом транс, либо в состоянии между сном и бодрствованием).

3. **Ассоциативный.**

4. **Сенестопатический.**

5. **Кинестетический.**

Последние три разновидности автоматизмов наблюдаются при **синдроме психического автоматизма Кандинского–Клерамбо**.

326 в которых отражаются пространственные отношения. У больных с семантической афазией наблюдаются нарушения наглядно-образного мышления.

6. **Моторная эфферентная афазия** выражается в том, что больной не может произнести ни слова (только нечленораздельные звуки) или в устной речи больного остается одно слово, которое применяется в качестве замены всех остальных слов. При этом у больного сохраняется возможность понимания обращенной к нему речи (в некоторой степени).

7. **Динамическая афазия** проявляется в бедности речевых высказываний, отсутствии самостоятельных высказываний и односложности в ответах на вопросы (больные не способны составить даже простейшую фразу, не могут развернуто ответить даже на элементарные вопросы).

Отметим, что из рассмотренных выше видов расстройств речи первые пять взаимосвязаны с выпадением слухового, зрительного, кинестетического звеньев речи, которые по-другому называются афферентными звеньями. Остальные два типа афазий связывают с выпадением эфферентного звена.

296 1. **Адекватность (обоснованность)** — соответствие интенсивности страха степени реальной опасности, которая исходит из данной ситуации или от окружающих людей.

2. **Интенсивность** — степень дезорганизации деятельности и самочувствия человека, охваченного чувством страха.

3. **Длительность** — продолжительность страха по времени.

4. **Степень контролируемости чувства страха человеком** — способность преодолевать собственное чувство страха.

Фобия — это страх, который переживается часто, является навязчивым, плохо контролируется и в значительной степени нарушает деятельность и самочувствие человека.

Наиболее распространенными видами фобий являются:

1) **агорафобия** — боязнь открытых пространств;

2) **клаустрофобия** — страх закрытых помещений.

Достаточно распространенным явлением являются **социофобии** — навязчивые страхи, которые связаны с опасением осуждения человека со стороны окружающих за какие-либо действия.

316 После выхода из онейроидного состояния больные обычно не могут вспомнить, что реально происходило в той ситуации, а вспоминают лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания характеризуется дезориентировкой в пространстве, во времени и в собственной личности. Это состояние начинается внезапно и так же внезапно заканчивается. Характерной особенностью сумеречного состояния сознания является последующая амнезия — отсутствие воспоминаний о периоде помрачения. Часто при сумеречном состоянии сознания у больных отмечаются галлюцинации и бредовые идеи.

Один из видов сумеречного состояния — «амбулаторный автоматизм» (протекает без бреда и галлюцинаций). Такие больные, выйдя из дома с определенной целью, неожиданно для себя оказываются в другом конце города (или даже в другом городе). При этом они механически переходят улицы, едут в транспорте и т. д.

33a 33. Бедность словарного состава речи

Бедность словарного запаса обычно наблюдается при олигофрении, а также при атеросклерозе головного мозга. Рассмотрим виды психической патологии, которые могут рассматриваться и как производные речевых расстройств, и как результат нарушений гностических мозговых аппаратов.

1. **Дислексия (алекия)** — расстройство чтения.

У детей дислексия проявляется в неспособности овладеть навыком чтения (при нормальном уровне интеллектуального и речевого развития, в оптимальных условиях обучения, при отсутствии нарушений слуха и зрения).

2. **Аграфия (дисграфия)** — нарушение способности правильно по форме и смыслу писать.

3. **Акалькулия** — нарушение, которое характеризуется нарушением счетных операций.

Остановимся на определении других расстройств речи, встречающихся в клинической практике.

Парафазия вербальная — употребление вместо некоторых слов других, не имеющих отношения к смыслу речевого высказывания.

Парафазия литеральная — это когда происходит замена одних звуков другими, которые в данном слове не присутствуют, или перестановка определенных слогов и звуков в слове.

Вербигерация — многократное повторение отдельных слов или слогов.

Брадикалия — замедление речи.

Дизартрия — смазанная, как бы «спотыкающаяся» речь.

Дислалия (косноязычие) — расстройство речи, которое характеризуется неправильным произношением

34a 34. Нарушения произвольных движений и действий

Выделяют два вида нарушений произвольных движений и действий:

1. Нарушения произвольных движений и действий, которые связаны с нарушением эфферентных (исполнительных) механизмов.

2. Нарушения произвольных движений и действий, которые связаны с нарушением афферентных механизмов двигательных актов (более сложные нарушения).

Эфферентные нарушения.

1. **Парезы** — ослабления мышечных движений (человек после мозгового повреждения не может активно действовать противоположной конечностью; при этом движения других частей тела могут оставаться сохранными).

2. **Гемиплегии** — параличи (человек полностью теряет способность двигаться; двигательная функция может восстанавливаться в процессе лечения).

Выделяют два вида гемиплегии:

1) динамическая гемиплегия (отсутствуют произвольные движения, но есть насильственные);

2) статическая гемиплегия (отсутствуют произвольные движения и амимия).

Афферентные нарушения.

1. **Апраксии** — это нарушения, которые характеризуются тем, что действие, которое нуждается в афферентном подкреплении и организации двигательного акта, не выполняется, хотя эфферентная сфера остается сохраненной.

2. **Кататонические расстройства.**

При кататонических расстройствах наблюдается беспредметная хаотическая двигательная активность боль-

35a 35. Нарушения интеллекта

Интеллектом называется система всех познавательных способностей индивида (в частности — способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности).

Для количественного анализа интеллекта используется понятие IQ — коэффициент умственного развития.

Выделяют три формы интеллекта:

1) вербальный интеллект (запас слов, эрудиция, умение понимать прочитанное);

2) способность решать проблемы;

3) практический интеллект (умение адаптироваться к окружающей обстановке).

В структуру практического интеллекта входят:

1. Процессы адекватного восприятия и понимания происходящих событий.

2. Адекватная самооценка.

3. Способность рационально действовать в новой обстановке.

Интеллектуальная сфера включает в себя некоторые познавательные процессы, но интеллект не является только лишь суммой этих познавательных процессов. Предпосылками интеллекта являются внимание и память, однако ими понимание сущности интеллектуальной деятельности не исчерпывается.

Выделяют три формы организации интеллекта, которые отражают различные способы познания объективной реальности, в частности в сфере межличностных контактов.

1. **Здравый смысл** — процесс адекватного отражения реальной действительности, основанный на анализе сущностных мотивов поведения окружающих людей и использующий рациональный способ мышления.

36a 36. Проблема мозговой локализации психических функций

Проблема локализации психических функций является одной из основных исследуемых проблем нейропсихологии. Изначально это проблема стояла буквально: как взаимосвязаны различные психические процессы и морфологические зоны головного мозга. Но четкие соответствия не были найдены. Существуют две точки зрения по данной проблеме:

1) локализационизм;

2) антилокализационизм.

Локализационизм связывает каждый психический процесс с работой определенного участка головного мозга. **Узкий локализационизм** рассматривает психические функции как неразложимые на составные части и реализующиеся за счет работы узко локализованных участков коры головного мозга.

Против концепции узкого локализационизма говорят следующие факты:

1) при поражении различных зон головного мозга происходит нарушение одной и той же психической функции;

2) результатом поражения определенной зоны мозга может стать нарушение нескольких разных психических функций;

3) нарушенные психические функции могут быть восстановлены после повреждения без морфологического восстановления травмированного участка головного мозга.

Согласно концепции **антилокализационизма**:

1) мозг представляет собой единое целое, и его работа способствует развитию функционирования всех психических процессов в равной степени;

346 ного (вплоть до причинения увечий себе и окружающим). В настоящее время данное состояние снимается фармакологически. Кататонические расстройства выражаются в бесцельных метаниях больного.

Одной из форм кататонического расстройства является **ступор** (застывание).

Выделяют следующие формы ступора:

- 1) **негативистический** (сопротивление движениям);
- 2) **с оцепенением** (больного невозможно сдвинуть с места).
3. **Насильственные действия.**

Данное расстройство произвольных движений и действий проявляется в том, что больные, помимо собственного желания, совершают различные двигательные акты (например, плач, смех, ругань и т. д.).

366 2) при поражении любого участка головного мозга наблюдается общее снижение психических функций (при этом степень снижения зависит от объема пораженного мозга).

Согласно **концепции эквипотенциальности** отделов мозга все участки головного мозга одинаково участвуют в реализации психических функций. Таким образом, во всех случаях возможно восстановление психического процесса, если только количественные характеристики повреждения не превышают каких-то критических значений. Однако не всегда и не все функции могут быть восстановлены (даже при условии, что объем повреждения невелик).

В настоящее время основное направление в решении данной проблемы определяет **концепция системной динамической локализации психических процессов и функций**, которая была разработана **Л. С. Выготским** и **А. Р. Лурия**. Согласно данной теории:

- 1) психические функции человека представляют собой системные образования, формирующиеся на протяжении всей жизни, являются произвольными и опосредованными речью;
- 2) физиологическим основанием психических функций считаются функциональные системы, которые взаимосвязаны с конкретными мозговыми структурами и состоят из афферентных и эфферентных взаимозаменяемых звеньев.

336 отдельных звуков (например, пропуском звуков или заменой одного звука другим).

Заикание — нарушение плавности речи, которое проявляется в форме судорожного расстройства координации речи, повторения отдельных слогов с явными трудностями в их произнесении.

Логоклония — спастическое повторение определенных слогов произносимого слова.

Повышение громкости речи (вплоть до крика) — нарушение, которое проявляется в том, что в результате перенапряжения голос таких больных становится силным или совсем пропадает (отмечается у больных в маниакальном состоянии).

Изменение модуляции речи — напыщенность, патетичность или бесцветность и монотонность речи (потеря речевой мелодии).

Инкогеренция — бессмысленный набор слов, не объединенных в грамматически правильные предложения.

Олигофазия — значительное снижение количества используемых в речи слов, обеднение словарного запаса.

Шизофазия — бессмысленный набор отдельных слов, которые объединены в грамматически правильные предложения.

Символическая речь — придание словам и выражениям особого смысла (вместо общепринятого), понятного только самому больному.

Криптолалия — создание собственного языка или особого шифра, называемого криптографией.

356 2. **Рассудок** — процесс познания реальной действительности и способ деятельности, основанный на использовании формализованных знаний, трактовок мотивов деятельности участников коммуникации.

3. **Разум** — высшая форма организации интеллектуальной деятельности, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческому преобразованию действительности.

Интеллектуальное познание может использовать следующие способы:

- 1) **рациональный** (требует применения формально-логических законов, выдвижения гипотез и их подтверждений);
- 2) **иррациональный** (опирается на несознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности, не требует использования для доказательства истинности логических законов).

С понятием интеллекта тесно связаны следующие понятия:

- 1) **антиципационные способности** — способности предвосхищать ход событий и планировать свою деятельность так, чтобы избежать нежелательных последствий и переживаний;
- 2) **рефлексия** — создание представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих.

37a 37. Функциональные блоки мозга

А. Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель мозга, согласно которой весь мозг можно разделить на три основных блока. Каждый блок имеет собственное строение и играет определенную роль в психическом функционировании.

1-й блок — блок регуляции уровня общей и избирательной активации мозга, энергетический блок, который включает:

- 1) ретикулярную формацию ствола мозга;
- 2) дизэнцефальные отделы;
- 3) неспецифические структуры среднего мозга;
- 4) лимбическую систему;
- 5) медиобазальные отделы коры лобных и височных долей.

2-й блок — блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, включает центральные части основных анализаторных систем, корковые зоны которых расположены в затылочных, теменных и височных долях мозга.

Работа второго блока подчиняется трем законам.

1. Закон иерархического строения (первичные зоны являются фило- и онтогенетически более ранними, из чего следуют два принципа: принцип «снизу вверх» — недоразвитие первичных полей у ребенка приводит к потере более поздних функций; принцип «сверху вниз» — у взрослого с полностью сложившимся психологическим строем третичные зоны управляют работой подчиненных им вторичных и при повреждении последних оказывают на их работу компенсирующее влияние).

2. Закон убывающей специфичности (наиболее модально специфичными являются первичные зоны, а третичные зоны вообще надмодальны).

38a 38. Понятия нейропсихологического фактора, симптома и синдрома

«Нейропсихологический фактор» — принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры. Он является связующим понятием между психическими функциями и работающим мозгом.

Инструментом выделения нейропсихологических факторов является синдромный анализ, который включает в себя:

- 1) качественную квалификацию нарушений психических функций с объяснением причин возникших изменений;
- 2) анализ и сопоставление первичных и вторичных расстройств, т. е. установление причинно-следственных связей между непосредственным источником патологии и возникающими расстройствами;
- 3) изучение состава сохраненных высших психических функций.

Перечислим основные нейропсихологические факторы:

- 1) модально-неспецифический (энергетический) фактор;
- 2) кинетический фактор;
- 3) модально-специфический фактор;
- 4) кинестетический фактор (частный случай модально-специфического фактора);
- 5) фактор произвольной-непроизвольной регуляции психической деятельности;
- 6) фактор осознанности-неосознанности психических функций и состояний;
- 7) фактор сукцессивности (последовательности) организации высших психических функций;
- 8) фактор симультанности (одновременности) организации высших психических функций;

39a 39. Методы нейропсихологического исследования. Восстановление высших психических функций

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 психи-

40a 40. Шизофрения

Шизофрения (от греч. *shiso* — «расщепляя», *frenio* — «душа») — «психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение, искажение психических процессов)».

Часто итогом данного заболевания является разрыв прежних социальных отношений больного и значительная дезадаптация больных в обществе.

Шизофрения считается практически самым известным психическим заболеванием.

Выделяют несколько форм течения шизофрении:

- 1) непрерывно текущая шизофрения;
- 2) приступообразно-прогредиентная (шубообразная);
- 3) рекуррентная (периодическое течение).

По темпу течения процесса выделяют следующие виды шизофрении:

- 1) малопрогредиентную;
- 2) среднепрогредиентную;
- 3) злокачественную.

Выделяют различные формы шизофрении, например:

- 1) шизофрения с навязчивостями;
- 2) паранойяльная шизофрения (отмечается бред преследования, ревности, изобретательства и т. д.);
- 3) шизофрения с астеноипохондрическими проявлениями (психическая слабость с болезненной фиксацией на состоянии здоровья);
- 4) простая;
- 5) галлюцинаторно-параноидная;
- 6) гебфреническая (отмечается дурашливое двигательное и речевое возбуждение, повышенное настроение, разорванность мышления);

386 9) фактор межполушарного взаимодействия;

10) общемозговой фактор;

11) фактор работы глубоких подкорковых структур.

Нейропсихологический симптом — нарушение психических функций в результате локальных поражений головного мозга.

Синдром — это закономерное сочетание симптомов, основой которого является нейропсихологический фактор, т. е. определенные физиологические закономерности работы участков мозга, нарушение которых является причиной возникновения нейропсихологических симптомов.

Нейропсихологический синдром — слияние нейропсихологических симптомов, связанных с выпадением одного или нескольких факторов.

Синдромным анализом называется анализ нейропсихологических симптомов, главной целью которого считается нахождение общего фактора, который полностью объясняет появление разных нейропсихологических симптомов. Синдромный анализ включает в себя следующие этапы: сначала определяются признаки патологии различных психических функций, а затем происходит квалификация симптомов.

406 7) кататоническая (характеризуется преобладанием двигательных нарушений).

Для больных шизофренией свойственны следующие особенности.

1. Выраженные нарушения восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы.
2. Снижение эмоциональности.
3. Утрата дифференцированности эмоциональных реакций.
4. Состояние апатии.
5. Безразличное отношение к членам семьи.
6. Потеря интереса к окружающему.
7. Неадекватность в переживаниях.
8. Снижение волевого усилия от незначительного до резко выраженного безволия (абулия).

376 3. **Закон прогрессирующей латерализации** (по мере восхождения от первичных к третичным зонам возрастает дифференцированность функций левого и правого полушарий).

3-й блок — блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности), состоит из моторных, премоторных и префронтальных отделов коры больших полушарий. При поражении данного отдела мозганарушается работа опорно-двигательного аппарата.

396 ческих функций за счет перестройки функциональных систем, определяющих реализацию высших психических функций.

В работах **А. Р. Лурия** и его учеников были выявлены механизмы восстановления высших психических функций:

- 1) перевод процесса на высший осознанный уровень;
- 2) замена выпавшего звена функциональной системы новым.

Перечислим принципы восстановительного обучения:

- 1) нейропсихологическая квалификация дефекта;
- 2) опора на сохранные формы деятельности;
- 3) внешнее программирование восстанавливаемой функции.

Практика лечения раненых во время Великой Отечественной войны доказала эффективность этих представлений. В дальнейшем нейропсихологические методы стали применяться совместно с медикаментозными.

Развитие представлений о функциональной асимметрии мозга человека в истории нейропсихологии связано с именем французского врача **М. Дакса**, который в 1836 г., выступая в медицинском обществе, привел результаты наблюдения 40 больных. Он наблюдал больных с повреждениями мозга, сопровождавшимися снижением или потерей речи, и пришел к выводу, что нарушения вызывались только дефектами левого полушария.

41а

41. Маниакально-депрессивный психоз

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) — это заболевание, для которого характерно наличие депрессивных и маниакальных фаз. Фазы разделены периодами с полным исчезновением психических расстройств — **интермиссиями**.

Следует отметить, что маниакально-депрессивный психоз гораздо чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Как говорилось ранее, заболевание протекает в форме фаз — маниакальной и депрессивной. При этом депрессивные фазы — в несколько раз чаще, чем маниакальные.

Для депрессивной фазы характерны следующие симптомы:

- 1) подавленное настроение (депрессивный аффект);
- 2) интеллектуальное торможение (заторможенность мыслительных процессов);
- 3) психомоторное и речевое торможение.

Маниакальная фаза характеризуется следующими симптомами.

1. Повышенное настроение (маниакальный аффект).
2. Интеллектуальное возбуждение (ускоренное протекание мыслительных процессов).
3. Психомоторное и речевое возбуждение.

Иногда депрессию можно выявить исключительно с помощью психологического исследования.

Проявления маниакально-депрессивного психоза могут встречаться в детском, подростковом и юношеском возрасте. В каждом возрасте при МДП отмечаются свои особенности.

У детей до 10 лет в депрессивной фазе отмечаются следующие особенности:

42а

42. Эпилепсия

Эпилепсия характеризуется присутствием у больного часто возникающих нарушений сознания и настроения. Данное заболевание постепенно приводит к личностным изменениям.

Считается, что в происхождении эпилепсии большую роль играют наследственный фактор, а также экзогенные факторы (например, внутриутробные органические повреждения головного мозга). Один из характерных признаков эпилепсии — судорожный припадок, который начинается, как правило, внезапно.

Иногда за несколько дней до припадка появляются предвестники:

- 1) плохое самочувствие;
- 2) раздражительность;
- 3) головная боль.

Припадок обычно длится около трех минут. После него больной чувствует вялость и сонливость. Припадки могут повторяться с различной частотой (от ежедневных до нескольких в год).

У больных бывают атипичные припадки.

1. Малые припадки (потеря сознания на несколько минут без падения).
2. Сумеречное состояние сознания.
3. Амбулаторные автоматизмы, в том числе сомнамбулизм (лунатизм).

У больных отмечаются следующие признаки:

- 1) тугоподвижность, замедленность всех психических процессов;
- 2) обстоятельность мышления;
- 3) склонность к застреванию на деталях;
- 4) невозможность отличить главное от второстепенного;

43а

43. Психические расстройства органического генеза

В работе психолога часто возникает задача проведения диагностики между органическим заболеванием головного мозга и шизофренией.

В данном случае следует исследовать:

- 1) внимание;
- 2) память;
- 3) мышление;
- 4) признаки истощаемости.

Для исследования психических нарушений органического генеза требуются знания не только в области патопсихологии, но и в области нейропсихологии.

При заболеваниях головного мозга отмечается следующее.

1. Повышенная истощаемость.
2. Снижение памяти.
3. Инертность мышления.
4. Снижение уровня интеллектуальных процессов.
5. Пассивность.
6. Сужение круга интересов и т. д.

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся заболевания органического генеза.

1. **Церебральный атеросклероз.** При данном заболевании отмечается повышенная истощаемость психических процессов, которая бывает двух типов:

- 1) **гиперстенический тип** (смена быстрого темпа его снижением) — встречается на начальных стадиях заболевания;
- 2) **гипостенический тип** (понижение темпа и качества выполнения задания с ходом времени) — характерен для поздних стадий заболевания.

У больных с церебральным атеросклерозом наблюдается следующее.

44а

44. Неврозы

Понятие «**невроз**» употребляется с 1776 г. Это позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности.

При всех формах неврозов у больного сохраняется критическое отношение к болезни.

Для невроза характерны следующие особенности:

- 1) патологические нарушения являются обратимыми независимо от длительности;
- 2) психогенное происхождение;
- 3) наличие эмоционально-аффективных и соматовегетативных нарушений.

В основе выделения различных форм неврозов лежат разные признаки.

1. Этиологический (вина, фрустрация, агрессия и т. д.).
2. Ситуационный и реактивный.
3. Информационный (недостаток или избыток информации).
4. Конституционный и реактивный по генетическому фактору.
5. По признакам профессии.
6. По событиям в жизни общества.

В настоящее время выделяют три основные формы неврозов:

- 1) неврастению;
- 2) истерию;
- 3) невроз навязчивых состояний.

Неврастения (от греч. *asthenos* — «слабый») — слабость нервов.

Выделяют три стадии данного заболевания:

- 1) нарушение активного торможения (проявляется в виде раздражительности и возбудимости);
- 2) лабильность возбудительных процессов (раздражительная слабость);

426 5) дисфория (склонность к злобно-тоскливому настроению).

Характерными чертами больных эпилепсией являются:

- 1) сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости);
- 2) педантизм в отношении одежды, порядка в доме;
- 3) инфантилизм (незрелость суждений);
- 4) слащавость, утрированная любезность;
- 5) сочетание повышенной чувствительности и ранимости со злобностью.

Лицо больных эпилепсией малоподвижно, маловыразительно, отмечается сдержанность в жестах.

Во время исследования больных эпилепсией психолог изучает прежде всего мышление, память и внимание.

Для исследования больных эпилепсией обычно используются следующие методы.

1. Таблицы Шульте.
2. Исключение предметов.
3. Классификация предметов.
4. «Десять слов» и др.

416 1) вялость;
2) медлительность;

- 3) малоразговорчивость;
- 4) пассивность;
- 5) растерянность;
- 6) усталый и нездоровый вид;
- 7) жалобы на слабость, боли в голове, животе, ногах;
- 8) низкая успеваемость;
- 9) трудности в общении;
- 10) нарушения аппетита и сна.

У детей в маниакальной фазе наблюдаются:

- 1) легкость в появлении смеха;
- 2) дерзость в общении;
- 3) повышенная инициативность;
- 4) отсутствие признаков усталости;
- 5) подвижность.

В подростковом и юношеском возрасте депрессивное состояние проявляется в следующих особенностях: заторможенность моторики и речи; снижение инициативы; пассивность; утрата живости реакций; чувство тоски, апатии, скуки, тревоги; забывчивость; склонность к самокопанию; заостренная чувствительность к отношению со стороны ровесников; суицидные мысли и попытки.

446 3) преобладание слабости, истощаемости, вялости, апатии, пониженного настроения, сонливости и т. д.

Слабость при неврастении выражается в постоянном чувстве усталости. При этом у больного возникает ощущение, как будто он совершал физическую работу, появляются жалобы на головную боль, учащенное сердцебиение, боли в животе, расстройства половой сферы и т. п.

Считается, что неврастением чаще страдают люди, занимающие руководящие должности, так как на работе они пребывают в постоянном напряжении.

Термин «истерия» происходит от греч. *hysteria* — «матка», так как во времена Платона считалось, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины (значительно чаще истерия встречается у женщин). Однако в дальнейшем были обнаружены те же симптомы и у мужчин.

436 1. Нарушения памяти.
2. Инертность психической деятельности.

3. Повышенная истощаемость.
4. Снижение уровня обобщения, нарушения памяти, нарастание расстройств речи.

2. **Старческое (сенильное) слабоумие.** Существует несколько форм старческого слабоумия:

- 1) простая;
- 2) конфабуляторная (характеризуется суетливостью, эйфорией, наличием конфабуляций);
- 3) делириозная (характеризуется помрачением сознания).

3. **Болезнь Альцгеймера** является атипичной формой старческого слабоумия, так как начинается в более раннем возрасте (40—45 лет). В данном случае атрофический процесс захватывает теменно-затылочные, височные, лобные отделы левого полушария головного мозга.

4. **Болезнь Пика.** Причиной данного заболевания является атрофия лобных, височных или теменных участков головного мозга.

45а

45. Психология здоровья

Психологическое здоровье — это стандартный фактор полного функционирования и развития человека. С одной стороны, это условие выполнения человеком своих возрастных и нравственных целей (ребенка или взрослого, учителя или предпринимателя, россиянина или американца и т. п.), а с другой стороны, это дает человеку возможность непрерывного развития в течение всей его жизни.

Психологическое здоровье тесно взаимосвязано с физическим здоровьем. В человеке плотно связано телесное и психическое. И то и другое необходимо для полноценной работы организма. Это подчеркнуто в самом термине «психологическое здоровье».

Психология здоровья — «наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» (**В. А. Анянцев**) — является самостоятельным научным направлением, в рамках которого подробно изучается влияние психических факторов на сохранение здоровья и на возникновение болезни.

Здоровье рассматривается не как самоцель, а как условие выполнения человеком своих задач и целей, своей индивидуальной миссии. Ориентируясь на некоторые факторы психологии здоровья, можно представить, что психологическое здоровье есть предпосылка физического здоровья, т. е. психологически здоровый человек, вероятнее всего, будет здоров и физически. Непрерывная связь между психическим и телесным зародилась в древности. Еще **Сократ** говорил: «Неправильно лечить глаза без головы, голову без тела, так же как тело без души». В современности существует отдельное направление — **психосоматическая ме-**

46а

46. Поведенческая медицина. Общественное здравоохранение

В начале XX в. основными причинами смертности были такие заболевания, как грипп, пневмония, туберкулез и желудочно-кишечные инфекции. Затем ежегодная смертность от этих заболеваний значительно снизилась. В настоящее время наиболее известными причинами смертности являются заболевания, при которых важным выступает поведение: инфаркт миокарда, рак, несчастные случаи, травмы, убийства и отравления и т. д. Таким образом, главным возможным способом улучшения здоровья является изменение нездорового поведения.

Поведенческая медицина (Behavioral Medicine) — междисциплинарная научно-исследовательская и прикладная область, которая в своем подходе к проблемам здоровья ориентируется на биопсихосоциальную модель. Поведенческая медицина интегрирует достижения поведенческих и биомедицинских наук, относящихся к физическому здоровью. Она соединяет в себе разделы таких наук, как:

- 1) психология;
- 2) эпидемиология;
- 3) социология;
- 4) антропология;
- 5) физиология;
- 6) фармакология;
- 7) анатомия;
- 8) диетология и др.

Выделяют следующие основные типы нездорового поведения.

1. Курение (способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, рака полости рта, легких и пищевода, бронхита и т. д.).

47а

47. Социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития человека

Как биологические, так и социальные факторы вносят значительный вклад в развитие человека.

Перечислим биологические факторы дизонтогенеза:

- 1) **генетические факторы** (наследственные болезни, хромосомные aberrации, генные мутации, эндогенные заболевания и т. д.);
- 2) **внутриутробные нарушения** (токсикозы, инфекции, интоксикации и т. д.);
- 3) **патология родов**;
- 4) **ранние заболевания с поражением центральной нервной системы** (прогрессирующие гидроцефалии, опухоли головного мозга, энцефалиты и т. п.).

К социальным факторам дизонтогенеза относятся:

- 1) различные виды эмоциональной и социальной депривации;
- 2) разного рода социальные психологические стрессы.

Проблемой влияния социальных и биологических факторов на онтогенетическое развитие человека занимается и клиническая психология, а точнее, специальный раздел клинической психологии — **возрастная клиническая психология**. В сферу интересов возрастной клинической психологии входят:

- 1) психические процессы и состояния;
- 2) анализ протекания возрастных кризисов;
- 3) психосоматические взаимовлияния на различных этапах развития человека.

На формирование индивидуально-психологических качеств человека большое влияние оказывают как биологическая, так и социальная составляющие развития. Без соответствующего «материального обеспечения»

48а

48. Типы нарушений психического развития

Существуют различные классификации дизонтогенеза. Рассмотрим некоторые из них и дадим описание видам дизонтогенеза.

Г. Е. Сухарева различает три вида дизонтогенеза:

- 1) задержанное;
- 2) поврежденное;
- 3) искаженное развитие.

Близкой к рассмотренной является еще одна классификация нарушений психического развития.

1. Необратимое недоразвитие (связано с олигофренией).
2. Дисгармоническое развитие (связано с психопатией).
3. Регрессирующее развитие (связано с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией).
4. Альтернирующее развитие (наблюдается при различных соматических и психических патологиях).
5. Развитие, измененное по качеству и направлению (при шизофреническом процессе).

Г. К. Ушаков и **В. В. Ковалев** предложили выделить основные клинические типы дизонтогенеза:

- 1) **ретардация** — это заторможенное психическое развитие или устойчивое психическое недоразвитие;
- 2) **асинхрония** — дисгармоническое психическое развитие.

Клинические формы дизонтогенеза можно классифицировать следующим образом:

- 1) умственная отсталость;
- 2) пограничные и парциальные задержки психического развития;
- 3) искажения психического развития;

466 2. Злоупотребление алкоголем (может привести к циррозу печени, панкреатиту, раку, а также несчастным случаям, убийствам и пожарам).

3. Неправильное питание (например, ожирение повышает риск развития гипертонии, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний, осложняет хирургические вмешательства и т. д.).

Общественное здравоохранение (Public Health), или **популяционная медицина**, — это междисциплинарная область исследовательской и практической деятельности, которая занимается повышением общего уровня здоровья населения. В настоящее время часто используется еще один термин — «наука о здоровье».

Задачами популяционной медицины являются:

- 1) предупреждение болезней (профилактика);
- 2) продление жизни;
- 3) улучшение самочувствия.

Данные задачи осуществляются посредством общественных мероприятий и влияния на систему здравоохранения в целом.

Таким образом, речь идет о системном подходе, в расчете на все население *Public Health* пока что представляет собой поле исследовательской и практической деятельности, которое не идентифицируется с отдельной профессией.

486 4) аутистические расстройства;
5) акселерация;

- 6) инфантилизм;
- 7) соматопатии.

Наиболее распространенной считается следующая классификация дизонтогенеза:

- 1) психическое недоразвитие;
- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное психическое развитие;
- 4) дефицитное психическое развитие;
- 5) искаженное психическое развитие;
- 6) дисгармоническое психическое развитие.

Существуют и другие дифференциации видов олигофрении. Например, в педагогическом плане наиболее распространенной можно считать классификацию **М. С. Певзнер**. Данный автор выделяет пять основных видов олигофрении.

1. Неосложненная олигофрения.
2. Осложненная олигофрения с присутствием нарушений нейродинамики.
3. Олигофрения, характеризующаяся нарушением различных анализаторов.
4. Олигофрения, для которой характерны психопатоподобные формы поведения.
5. Олигофрения с четко выраженной лобной недостаточностью.

456 **дицина**, которая изучает механизмы влияния психики на телесные функции, а также систематизирует психосоматические расстройства, определяет методы их профилактики и лечения. Эта отрасль довольно хорошо разработана и успешно функционирует.

Несмотря на то что проблемы психического здоровья активно изучались отечественными психологами, психология здоровья как отдельная область знаний больше распространена за рубежом, где активнее внедряется в практику медицинских учреждений.

Психологию здоровья (*Health Psychology*) можно определить в узком и широком смысле.

В узком смысле психология здоровья — это частная психологическая дисциплина, которая занимается:

- 1) профилактикой и охраной здоровья;
- 2) предотвращением болезней;
- 3) выявлением форм поведения, повышающих риск заболевания.

В широком смысле психология здоровья занимается:

- 1) профилактикой и охраной здоровья;
- 2) предотвращением и лечением болезней;
- 3) выявлением форм поведения, повышающих риск заболевания;
- 4) выявлением причин болезней;
- 5) реабилитацией.

476 (наличия высокоразвитой нервной системы, головного мозга) любые попытки добиться соответствующего воспитания и обучения оказались безуспешными. То же касается и социальной составляющей: выпадение даже самого хорошего «материала» из социума в раннем детстве приводит к полному подавлению развития ребенка (например, «дети-маугли»).

Но конкретный ребенок находится не в социуме вообще, а взаимодействует с конкретными людьми, которые обладают индивидуальными характеристиками, имеют определенную культуру, интеллект и т. д. В процессе развития к началу каждого возрастного периода между ребенком и окружающей его социальной микросредой складываются определенные отношения. Эти отношения и есть суть **социальной ситуации развития ребенка**. При анализе процесса развития ребенка следует учитывать, что для каждого периода характерным является новый тип отношений между ним и окружающей его социальной средой. Становление психики ребенка возможно только при вовлечении в мир социальных взаимоотношений.

Возрастные психологические кризисы — это особые периоды онтогенеза, которые длятся относительно недолго и характеризуются резкими психологическими изменениями.

49a

49. Первичное выявление детей с отклонениями в развитии

Выделяют несколько видов наблюдения:

1. **Стандартизированное наблюдение** (предполагает наличие заранее составленного плана наблюдения, цели и задачи которого заранее определены).

2. **Свободное наблюдение** (не предусматривает специальной подготовки и плана наблюдения).

3. **Включенное наблюдение** (осуществляется в процессе совместной деятельности с ребенком).

Выделяют и другие виды наблюдения:

- 1) групповое и индивидуальное;
- 2) кратковременное и долговременное;
- 3) внешнее и внутреннее и др.

В процессе наблюдения психологу следует учитывать особенности проявления активности ребенка, которая составляет основу его психосоциального развития. Прежде всего следует обращать внимание на:

- 1) общую и двигательную активность;
- 2) эмоциональные и поведенческие реакции на новые стимулы;
- 3) интенсивность эмоционального выражения своих желаний и отношений;
- 4) настроение ребенка;
- 5) способность сосредоточиваться на эмоциональном контакте или манипуляции с предметами;
- 6) способность справляться с трудностями, преодолевать препятствия.

При выявлении у ребенка поведения, отличающегося от других детей, психолог организует более тщательное наблюдение за ним.

При квалификации наблюдаемых особенностей поведения ребенка как отклонений психолог руководствуется следующими критериями:

50a

50. Основные принципы психодиагностики детей с нарушениями психического развития

Перед началом психодиагностического обследования необходимо получить некоторые дополнительные сведения, к которым относятся:

- 1) психологический анамнез (различные данные о предшествующих этапах развития ребенка);
- 2) информация, полученная от родителей, врачей и педагогов об особенностях поведения ребенка в различных жизненных ситуациях;
- 3) сведения о состоянии здоровья ребенка к моменту обследования.

Психодиагностическое обследование проводится в следующих целях.

1. Выявление отклонений в развитии, которые чаще всего становятся причиной психических заболеваний, а также трудностей обучения, поведения и т. д.

2. Контроль за динамикой психического развития и успешностью применения лечебных воздействий и средств психокоррекции.

3. Обнаружение личностных особенностей ребенка, которые тормозят его социальную адаптацию.

Характер обследования зависит от возраста, пола, состояния здоровья, а также образовательного уровня и этнической принадлежности больного.

Обследование подростка или взрослого может длиться около часа, младшего школьника — 30—45 мин.

В некоторых случаях диагностирование может проводиться в присутствии родителей и других лиц. Бывает, что проводится групповое обследование.

В процессе обследования детей с нарушениями в психическом развитии, испытывающих трудности в обуче-

51a

51. Психологическое консультирование

Психологическое консультирование ориентируется преимущественно на психологическое воздействие, психокоррекция — на процессы манипулирования, управления и формирования, а в рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи.

Главной целью консультирования является становление личностной позиции, специфического мировоззрения и формирование иерархии ценностей клиента.

Задача психологической коррекции заключается в выработке навыков оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.

Основной задачей психотерапии является купирование психопатологической симптоматики, посредством чего достигается внутренняя и внешняя гармонизация личности.

Психологическое консультирование включает в себя различные процессы:

- 1) **диагностический процесс**, который способствует конкретным особенностям развития клиента (нормального или аномального), а также присутствия либо отсутствия у него психопатологических симптомов;
- 2) **процесс информирования** человека о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и неблагоприятных жизненных ситуациях;
- 3) **процесс обучения** навыкам аутотренинга, способам психологической защиты, а также приемам нормализации собственного эмоционального состояния.

52a

52. Логотерапия

Логотерапия является гуманистическим направлением психотерапии. Основной целью логотерапии является возвращение человеку утраченного в силу каких-то причин смысла жизни. Механизм развития у человека психологических проблем усматривается в «экзистенциальном кризисе». Задачей логотерапии является восстановление или приобретение человеком потерянной духовности, свободы и ответственности. **Виктор Франкл**, основоположник логотерапии, считал, что вернуть утраченный смысл человеку можно с помощью метода убеждения. Основой логотерапии является исцеление души путем формирования у человека осмысленного стремления к смыслу взамен стремления к наслаждению или власти.

В рамках психологии самореализации большое внимание уделяется выработке психологической стратегии максимального использования в жизни собственного личностного потенциала, который включает:

- 1) внутреннюю природу человека в виде основных потребностей, способностей и индивидуально-психологических особенностей;
- 2) потенциальные возможности, реализация которых зависит от экстрапсихических факторов (семьи, ближайшего окружения, образования и т. д.);
- 3) **аутентичность** — способность познать истинные собственные потребности и возможности;
- 4) способность воспринимать себя;
- 5) потребность в любви.

А. Маслоу отмечал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности).

К ценностям бытия относятся следующие:

- 1) **целостность** — единство, интеграция, взаимосвязанность;

506 нии, должны использоваться программы, которые помогут в выявлении не только актуального, но и потенциального уровня.

Поскольку дети с отклонениями в развитии отличаются быстрой истощаемостью, во время психодиагностического обследования следует применять небольшой набор методик.

В зависимости от результатов первичного обследования может возникнуть необходимость в дополнительной диагностике с использованием психофизиологических, нейропсихологических или других методов обследования.

При проведении психодиагностического обследования нельзя оказывать помощь (если она не предусмотрена процедурой обследования), критиковать или усиленно хвалить ребенка.

При проведении обследования немаловажное значение имеют создание комфортных условий, установление психологического контакта с ребенком, доброжелательность, снятие тревожности. В случае клинической диагностики эти факторы приобретают особую значимость.

526 2) **совершенство** — необходимость, естественность, уместность;

- 3) **завершенность** — конечность;
- 4) **справедливость** — законность, долженствование;
- 5) **жизненность** — спонтанность, саморегуляция;
- 6) **полнота** — дифференцированность, сложность;
- 7) **простота** — искренность, сущность;
- 8) **красота** — правильность;
- 9) **праведность** — правота, желанность;
- 10) **уникальность** — индивидуальность, неповторимость;
- 11) **непринужденность** — легкость, отсутствие напряженности;
- 12) **игра** — веселье, радость, удовольствие;
- 13) **истинность** — честность, реальность;
- 14) **самодостаточность** — независимость, умение быть самим собой.

496 1) изменение поведения ребенка в общем;

- 2) несоответствие поведения ребенка возрастным нормам развития;
- 3) длительность отмечаемых особенностей поведения;
- 4) частота наблюдаемых симптомов;
- 5) особенности возникновения той или иной черты в поведении, указывающие на социальный характер ее возникновения;
- 6) склонность к выполнению однообразных действий с предметами;
- 7) отсутствие привязанности к близким взрослым и т. д.

Выяснив причины нарушений в развитии ребенка, психолог разрабатывает перспективный план его развития и коррекции. Он обязательно проводит специальную работу с родителями по разъяснению особенностей данного периода в жизни ребенка и оптимальных методов взаимодействия с ним.

В качестве базового развивающего и коррекционного метода психологами широко используется игровая деятельность. При ярко выраженном отставании и отсутствии положительного темпа в развитии игровой деятельности проводят доскональное обследование ребенка с учетом выяснения причин данного отставания. При этом, как правило, привлекаются другие специалисты (педагоги, врачи и т. д.).

516 Психологическое консультирование подразумевает совместную работу врача, клинического психолога и пациента. Процесс психологического консультирования включает в себя:

- 1) обсуждение возникших у человека проблем и возможных вариантов их преодоления;
- 2) информирование индивида о его индивидуально-психологических качествах и методах саморегуляции.

В структуру психологического консультирования входит диагностика, которая включает клиническое интервьюирование, использование психодиагностических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности.

Психологическое консультирование используется при решении различных проблем клиента как начальный этап терапии. Часто консультирование используется в сочетании с психокоррекционным и психотерапевтическим воздействием. Специфической целью психологического консультирования являются психологические феномены, которые обусловлены кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные нарушения. При решении подобных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается малоэффективным.

53а 53. Психологическая коррекция

Психологическая коррекция основывается на психологическом консультировании. Психокоррекция — это психологическое воздействие на клиента с целью нормализации его психического состояния в случаях диагностики у него каких-либо личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психокоррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного психического состояния человека, гармонизацию его отношений с социальным окружением.

Цель психокоррекции — исправление и приведение в норму каких-либо отклонений от оптимального уровня индивидуально-психологических особенностей и способностей человека. **Ю. С. Шевченко** выделяет пять видов стратегий психокоррекции:

- 1) психокоррекция отдельных психических функций (внимание, память, мышление, восприятие, познавательная деятельность и т. д.) либо коррекция личности;
- 2) директивная или недирективная психокоррекция;
- 3) психокоррекция, сконцентрированная на конкретной личности или сконцентрированная на семье;
- 4) психокоррекция в форме групповых занятий или индивидуальная психокоррекция;
- 5) психокоррекция как элемент клинической психотерапии (применяется в комплексном лечении нервно-психических заболеваний) либо как основной и ведущий метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

54а 54. Аутотренинг (аутогенная тренировка)

Аутотренинг — это метод, при помощи которого происходит понимание навыков психической саморегуляции путем релаксационных способов.

Релаксация (расслабление) — это состояние бодрого духа, которое описывается сниженной психофизиологической активностью.

В клинической психологии наиболее часто используются следующие разновидности аутотренинга:

- 1) собственно аутогенная тренировка с нервно-мышечной релаксацией;
- 2) методика биологически обратной связи.

В процессе **прогрессивной мышечной релаксации** происходит обучение человека контролю состоянию мышц и вызыванию расслабления в определенных группах мышц с целью снятия эмоционального напряжения. Аутотренинг проводится поэтапно и заключается в освоении упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения.

Методика биологически обратной связи заключается в условно-рефлекторном закреплении навыка изменять свое соматическое состояние при контроле его с помощью различных приборов. Человек самостоятельно контролирует биологическое функционирование своего организма и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции.

А. А. Александров выделяет следующие типы биологической обратной связи:

- 1) **электромиографическая биообратная связь** (научение процессу расслабления конкретной мышцы или групп мышц, а также общей релаксации);
- 2) **температурная биообратная связь** (позволяет обрести навыки расширения и сужения сосудов, в ре-

55а 55. Нейролингвистическое программирование (НЛП)

НЛП — одно из наиболее популярных в настоящее время направлений психотерапии, которое появилось в начале 70-х гг. XX в. Основоположниками нейролингвистического программирования считаются **Ричард Бэндлер** и **Джон Гриндер**.

С учетом НЛП у любого человека присутствует ведущая **модальность** — главный путь приема информации. Например, у одного человека ведущей модальностью является зрительное восприятие, у другого — слуховое и т. д.

Для уточнения ведущей модальности и особенностей приема информации в НЛП применяется анализ типов **сканирующего движения глаз**.

Для уточнения преобладающей репрезентативной системы используют метод **контент-анализа** наиболее часто употребляемых человеком слов.

Таким образом, преобладание в употреблении соответствующего типа слов указывает на основную для данного человека репрезентативную систему.

Для установки наиболее четкого взаимодействия с клиентом психотерапевту следует знать, какая именно репрезентативная система преобладает у данного человека, и использовать преимущественно вербальное или невербальное (язык мимики и жестов) общение, т. е. он должен заговорить с клиентом на его языке.

После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения. Она может осознаваться пациентом, а может не осознаваться (в первом случае речь идет об управлении индивидом, а во втором — о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов).

56а 56. Трансактный анализ

Американский психолог **Эрик Берн** создал самостоятельное психотерапевтическое направление — трансакционный (трансактный) анализ. Понятие **«транзакция»** буквально означает «взаимодействие». Таким образом, трансактный анализ подразумевает анализ взаимодействия, т. е. общения людей.

Транзакционный анализ исходит из того, что в основе любых форм неадаптивного поведения человека лежат определенные схемы взаимоотношений и взаимодействия, которые **Э. Берн** называет **играми**. В них люди, сами того не сознавая, играют всю свою жизнь.

Трансактный анализ предполагает разделение моделей взаимоотношений, разыгрывание трех основных ролей нашего «Я» — «Родитель», «Взрослый» и «Ребенок». Эти роли могут меняться у одного и того же человека в зависимости от жизненной ситуации и от того, как он воспринимает образ и поведение того, с кем общается.

Родитель. У каждого человека сохраняется определенный образ своих родителей. И в определенных жизненных ситуациях человек начинает невольно подражать моделям поведения кого-то из родителей, т. е. ведет себя как родитель. Он характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения.

Взрослый. Каждый человек (кто-то чаще, кто-то реже) воспринимает ситуацию и себя вполне объективно и зрело. Состояние такого восприятия реальности и называется в трансактном анализе состоянием «взрослый». Взрослый проявляет себя признаками зрелой психической деятельности.

Ребенок. Каждый человек сохранил в себе восприятие себя как ребенка и в конкретных ситуациях чувствует

546 зультате чего происходит изменение температуры тела);

- 3) **электрокожная биообратная связь** (позволяет научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность);
- 4) **электроэнцефалографическая биообратная связь** (формирование навыков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты).

536 В отличие от психологического консультирования при психокоррекции роль клиента является менее активной и даже чаще пассивной. Психологическая коррекция подразумевает выработку новых адекватных способов поведения в процессе специально разработанных тренинговых программ.

Психокоррекция использует в качестве основных методов следующие:

- 1) манипулирование;
- 2) формирование;
- 3) управление.

В клинической психологии психологическая коррекция применяется в том случае, если у клиента выявляются психологические проблемы, которые возникают в связи с личностными аномалиями, при невротических психосоматических расстройствах и т. д.

Наиболее известными тренингами, которые используются в процессе психологической коррекции, являются следующие.

1. Аутотренинг.
2. Нейролингвистическое программирование (НЛП).
3. Трансактный анализ.
4. Поведенческая (бихевиоральная) терапия.
5. Психодрама.

566 себя мальчиком или девочкой, т. е. ребенком из своего прошлого независимо от реального возраста. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности.

В транзакционном анализе процесс общения людей делится на условные единицы — **транзакции**. Транзакции делят на:

- 1) **транзакционные стимулы** — все виды обращения к другому человеку;
- 2) **транзакционные реакции** — все виды ответов на те или иные обращения.

Основная цель транзактного анализа заключается в том, чтобы дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающими и обучить его нормативному и оптимальному поведению. Практика транзактного анализа показывает, что нередко одно лишь осознание своей игры с помощью разъяснений психотерапевта может привести клиента к решению существующей проблемы или к исцелению.

556 Целью НЛП является выработка определенной стратегии поведения, которая является желательной для конкретного человека или окружения.

Главной задачей НЛП считается новое формирование личности и придание ей какой-то новой определенной формы. Этот процесс называется «**рефрейминг**».

Рефрейминг опирается на следующие положения нейролингвистического программирования:

- 1) всякая реакция и поведение человека носят защитный характер и поэтому являются полезными (вредными они считаются лишь в том случае, если используются в несоответствующем контексте);
- 2) у каждого человека существует определенная модель мира, которую можно изменить;
- 3) у любого человека присутствуют скрытые ресурсы, при помощи которых возможно изменить субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется в шесть этапов:

- 1) определяется симптом;
- 2) пациенту предлагается произвести своеобразное расщепление себя на части (здоровую и патологическую) и вступить в контакт с той частью, которая отвечает за формирование и проявление симптома, и понять механизм его возникновения;
- 3) производится отделение симптома от первоначального мотива;
- 4) обнаружение новой части, которая способна удовлетворить этот мотив другими способами с «поставкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями);
- 5) формирование согласия всего «Я» на новую связь (пятый и шестой этапы).

Ведехина С. А.
Клиническая психология
шпаргалка

Завредакцией: *Елистратова М. В.*
Редактор: *Юрова Д. А.*

ООО «Издательство «Эксмо»
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. Тел.: 411-68-86, 956-39-21
Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru

Формат 60 × 90 1/16.