

Учреждение образования
«Брестский государственный университет
имени А.С. Пушкина»

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Учебно-методический комплекс
для студентов, обучающихся по специальностям
1-86 01 01-02 «Социальная работа (социально-
психологическая деятельность)»*



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



1

Назад

Закреть

2013

Автор:

Валитова Ирина Евгеньевна — кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой психологии развития УО «БрГУ имени А.С. Пушкина»

Технический редактор:

Смирнов Д.В. — инженер-программист Центра информационных технологий УО «БрГУ имени А.С. Пушкина»

Рецензенты:

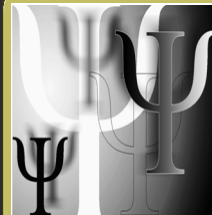
Медведская Е.И. — кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой методик преподавания школьных дисциплин Брестского областного ИРО

Синюк Д.Э. — кандидат психологических наук, доцент

Представленное учебное пособие составлено в соответствии с учебной программой по курсу «Клиническая психология» и предназначено для самостоятельной работы студентов, обучающихся по специальности «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)».

Предоставляется разнообразный иллюстративный материал, а именно: психологические характеристики больных с психосоматическими заболеваниями, образцы психологических заключений по результатам патопсихологического исследования, образцы заключений по результатам использования клинико-психологических опросников.

Предлагаемый учебно-методический комплекс может использоваться студентами дневной и заочной форм обучения соответствующих специальностей.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



2

Назад

Закреть

СОДЕРЖАНИЕ

1 ПРОГРАММНЫЙ КОМПОНЕНТ	9
1.1 Учебная программа курса «Клиническая психология» по специальности «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)»	9
2 ИСТОЧНИКОВЫЙ КОМПОНЕНТ	20
2.1 Конспекты лекций	20
Лекция 1. Клиническая психология как наука и область практики	20
Лекция 2. Основные понятия клинической психологии	26
Лекция 3. Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) и внутренняя картина болезни (ВКБ)	40
Лекция 4. Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психогенные заболевания и психосоматические расстройства	47
Лекция 5. Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства	65
Лекция 6. Клинико-психологическая характеристика шизофрении и маниакально-депрессивного психоза	73
Лекция 7. Клинико-психологическая характеристика олигофрении и дементивных расстройств	88



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



3

Назад

Закрыть

Лекция 8. Клинико-психологическая характеристика эпилепсии, травм и опухолей головного мозга	109
Лекция 9. Клинико-психологическая характеристика психопатии и других нарушений личности	136
2.2 Словарь основных понятий	148
2.3 Методический материал к темам «Основные понятия клинической психологии», «Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) и внутренняя картина болезни (ВКБ)», «Психосоматические заболевания», «Психология соматических заболеваний»	163
2.3.1 Опросники для изучения отношения человека к своему заболеванию	163
2.3.2 Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)	175
2.3.3 Торонтская алекситимическая шкала	184
2.4 Материал к темам «Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психосоматические заболевания», «Психология соматических заболеваний»	198
2.5 Материал к теме «Нарушения психических функций при психопатологии»	220
2.5.1 Практикум по патопсихологии	220
2.5.2 Феноменология психических расстройств: примеры заключений по результатам патопсихологического обследования	237



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



4

Назад

Закреть

2.5.3	Методические материалы «Нарушения мышления при психопатологии»	257
2.5.4	Расстройства психических процессов при психопатологии	265

3 МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ **313**

3.1	Список рекомендуемой литературы	313
3.2	Планы семинарских, практических и лабораторных занятий	318
3.3	Тематика рефератов по темам «Психосоматическая проблема в клинической психологии», «Психосоматические заболевания», «Психология соматических заболеваний», «Аддиктивные расстройства. Психология зависимости и созависимости»	325

4 КОНТРОЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ **330**

4.1	Итоговое контрольное задание	330
4.2	Вопросы к экзамену	330
4.3	Тестовые задания	333



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



5

Назад

Закреть

Введение

Клиническая психология является междисциплинарной областью знаний, она разрабатывается на стыке медицины и психологии, поэтому другое ее название — медицинская психология. Данная дисциплина имеет важное теоретическое значение как для понимания общих законов функционирования человека, психической реальности, способов поведения человека, так и для описания закономерностей совладания человека с ситуацией болезни. Практическое значение клинической психологии состоит в создании методов диагностики психологических особенностей личности в ситуации болезни, выявлении общих и специфических психологических факторов, способствующих возникновению соматических и психических заболеваний, а также в разработке психологических методов профилактики заболеваний и интервенции при разных видах нозологий.

Клиническая психология является важной дисциплиной при подготовке студентов — будущих специалистов в области помогающих про-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



6

Назад

Закреть

фессий, таких как социальная работа и психология. Каждый человек рано или поздно оказывается в ситуации болезни, поэтому психологическая и социальная помощь людям в ситуации заболевания всегда будет востребована, так как использование психологических методов в профилактике и лечении заболеваний существенно повышает эффективность медицинской помощи.

Учебным планом специальности «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)» на изучение курса клинической психологии отводится 94 часа, из них 40 часов – аудиторные занятия (20 часов лекций и 12 часов практические занятия, 8 часов – лабораторные), итоговая форма контроля – экзамен.

В содержании учебно-методического комплекса выделено 4 раздела, которые отражают логику овладения студентами учебной дисциплиной. В разделе «Программный компонент» помещены программы учебной дисциплины «Клиническая психология» для каждой специальности. В разделе «Источниковый компонент» предлагаются материалы, помогающие студентам ознакомиться с содержанием дисциплины «Клиническая психология». В этот раздел включены конспекты лекций, составленные по основным, ключевым темам курса клинической психологии, значимые для студентов обеих специальностей. В данном разделе помещены также словарь основных понятий, методики для изучения отношения человека к своему заболеванию и других психологических характеристик человека в ситуации болезни, примеры психологических порт-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



7

Назад

Закрыть

ретов больных с психосоматическими заболеваниями. В этом разделе студенты найдут также хрестоматийные и методические материалы для изучения проблем психопатологии.

В разделе «Материалы для самостоятельной работы студентов» размещены планы семинарских и практических занятий, тематика рефератов, списки литературы (обязательной и дополнительной). Эти материалы студенты могут использовать также и для выполнения курсовых и дипломных работ по психологии, если тема работы посвящена проблемам клинической психологии. В разделе «Контрольный компонент» представлено описание итогового практического задания по дисциплине, тестовые задания по основным темам курса, а также вопросы к экзамену. Предлагаемый учебно-методический комплекс может использоваться студентами дневной и заочной форм обучения.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



8

Назад

Заккрыть

1 ПРОГРАММНЫЙ КОМПОНЕНТ

1.1 Учебная программа курса «Клиническая психология» по специальности «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)»

Пояснительная записка

Студенты, обучающиеся по специальности «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)», должны быть подготовлены к работе с разным категориями людей, в том числе с больными соматическими и психическими заболеваниями. Эти категории больных людей требуют особого подхода к общению с ними, к оказанию им специализированной медико-социальной и психологической помощи. Поэтому курс клинической психологии имеет большое значение для формирования профессиональных компетенций будущих специалистов по социальной работе.

Объектом исследования и практической деятельности в клинической (медицинской) психологии является человек, болеющий каким-либо заболеванием: душевным, телесным, невротическим или психосоматическим. Болезнь является не только биологическим, но и психологическим феноменом. Она приводит к изменениям не только в организме человека, но и в его внутреннем мире, что проявляется на уровне ощущений, эмоций, представлений, отношения к себе, отношений с окружающими



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



9

Назад

Закрыть

и поведения человека.

Цель преподавания клинической психологии — обеспечить усвоение студентами знаний, умений и навыков в области клинической психологии, сформировать у студентов медико-психологический подход к рассмотрению болезненных состояний человека.

Задачи изучения дисциплины:

- усвоение студентами системы знаний о содержании клинической психологии как пограничной медико-психологической дисциплины;
- формирование у студентов представлений о сущности психосоматической проблемы в клинической психологии;
- усвоение студентами концепции преодоления болезни и умений ее применения в практике оказания социальной помощи;
- овладение студентами навыками изучения психологических особенностей больных психосоматическими заболеваниями;
- освоение студентами системы знаний о психических расстройствах у человека, принципах их диагностики и интервенции.

Клиническая психология позволяет рассмотреть важную область человеческой жизни — область соматических и психических заболеваний — и увидеть специфические проявления сущности человека в данной области. Клиническая психология позволяет увидеть целостную картину человека как субъекта своего заболевания, активно преодолевающего его. Это обеспечивает углубление теоретической психологической подготовки студентов. Содержание клинической психологии способствует так-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



10

Назад

Закрыть

же отработке практических навыков, необходимых в профессиональной деятельности специалиста по социальной работе.

В результате изучения дисциплины «Клиническая психология» студенты должны **знать**:

- что является предметом, объектом клинической психологии;
- основные проблемы и задачи клинической психологии;
- методы обследования, используемые в клинической психологии;
- содержание основных понятий клинической психологии.

Студенты должны **уметь**:

- применять на практике методы и конкретные методики клинической психологии;
- использовать имеющиеся знания для профилактики заболеваний, преодоления болезней, успешной адаптации и реабилитации;
- понимать специфику психического склада больного человека и строить свое общение с ними с учетом этой специфики;
- использовать патопсихологические и клинико-психологические методики для выявления особенностей познавательной и эмоционально-волевой сфер личности.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



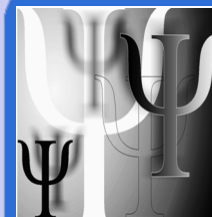
11

Назад

Закрыть

Таблица 1.1 – Учебно-тематический план

№	Тема	Лк.	Практ.	Лаб.
1	Клиническая психология как наука и как область практики	2		
2	Основные понятия клинической психологии	2	1	
3	Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни	2	1	
4	Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психосоматические заболевания	2		2
5	Психология соматических заболеваний		4	
6	Аддиктивные расстройства. Психология зависимости и созависимости.		4	
7	Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства	2		
8	Клинико-психологическая характеристика шизофрении и маниакально-депрессивного психоза	2		2
9	Клинико-психологическая характеристика олигофрении и дементивных расстройств.	2	2	2
10	Клинико-психологическая характеристика эпилепсии, травм и опухолей головного мозга	2		2
11	Клинико-психологическая характеристика психопатии и других нарушений личности	2	2	
	ИТОГО 40 часов	20 ч	12 ч	8 ч



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



12

Назад

Закреть

Содержание учебного материала

Клиническая психология как наука и как область практики. Предмет, объект и задачи клинической психологии. Место клинической психологии в системе психологических и медицинских дисциплин. Разделы клинической (медицинской) психологии: нейропсихология, патопсихология (включая психологию аномального развития), соматопсихология, психосоматика, неврология (соматоформные расстройства). Эпидемиология, этиология и анализ условий возникновения, классификация, интервенция — этапы исследования болезни в клинической психологии. Медицинский и психологический подходы к анализу болезни. Использование знаний по клинической психологии в деятельности специалиста по социальной работе.

Основные понятия клинической психологии. Понятие здоровья как полного соматического, физического и психического благополучия. Болезнь как утрата здоровья. Здоровье и болезнь в контексте проблематики нормы и патологии. Виды нормы: статистическая, идеальная, нормативная, социальная. Болезнь как биологический и как психологический феномен. Концепция преодоления болезни. Стадии поиска помощи в ситуации болезни. Мировоззренческие установки по отношению к объяснению причин заболевания. Факторы отношения к болезни: ценность органов и систем организма, степень тяжести заболевания, тип болезни, риск хронификации и инвалидизации, возрастные, гендерные,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



13

Назад

Закрыть

профессиональные и индивидуальные особенности больного человека. Характеристика преморбидной личности.

Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни. Объективная и субъективная характеристика здоровья. Внутренняя картина здоровья (ВКЗ), ее структура. Внутренняя картина здоровья и Я-концепция. Субъективная (аутопластическая) картина болезни, ее характеристика. Соотношение объективной и субъективной картины болезни. Внутренняя картина болезни. Чувственный, аффективный, когнитивный и регулятивный компоненты в структуре ВКБ. Социальная роль больного и социальная роль здорового человека. Ролевые ожидания по отношению к больному и здоровому человеку. Вторичная выгода в ситуации болезни.

Типы внутренней картины болезни. Нозофильный и нозофобный типы ВКБ, анозогностический, гипонозогностический и гипернозогностический типы ВКБ. Методы исследования ВКБ.

Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психосоматические заболевания. Проблема взаимосвязи психического и телесного. Понятие психосоматического типа. Психология телесности. Психический и соматический способы переработки внутриличностного конфликта и реагирования на психологическую травму. Понятие психосоматических расстройств. Механизмы психосоматических расстройств и модели их происхождения. Теория стресса Г. Селье. Теория кортико-висцеральных воздействий. Конверсионная модель З. Фрейда. Психосо-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



14

Назад

Закрыть

матический симптом как результат использования незрелых психологических защит. Психосоматический симптом как результат переживания потери объекта. Психосоматические расстройства как результат алекситимии.

Классические психосоматические заболевания («святая семерка»: эссенциальная гипертония, язвенная болезнь 12-перстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет, нейродермиты, ревматоидный артрит, язвенный колит). Психологическая характеристика больных с психосоматическими заболеваниями. Особенности диагностики психосоматических заболеваний. Общие подходы к интервенции при психосоматических расстройствах. Психология соматических заболеваний. Сравнительная характеристика соматических и психосоматических расстройств. Роль психологических факторов в возникновении соматических заболеваний. Акушерско-гинекологическая патология. Психология беременности. Пренатальная психология. Онкологическая патология. Хирургическая патология. Сердечно-сосудистая патология. Дыхательная патология. Эндокринная патология. Кожная патология.

Общая характеристика личности и ее преморбидной структуры, их роль в возникновении психосоматических расстройств (отдельно по видам заболеваний). Специфический конфликт и его переработка при разных психосоматических расстройствах. Общие принципы и специфические направления психотерапевтической работы с больными с психосоматической патологией.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



15

Назад

Закрыть

Аддиктивные расстройства. Психология зависимости и созависимости. Понятие зависимости, виды зависимостей. Проблема аддиктивного поведения. Социальные и личностные предпосылки возникновения зависимостей. Изменения личности на разных стадиях формирования зависимости. Психологическая характеристика аддиктивной личности. Возможности психотерапии при зависимостях. Наркомания, алкоголизм, игровая зависимость, компьютерная зависимость.

Нарушения пищевого поведения. Предпосылки и условия возникновения нарушений пищевого поведения. Анорексия, ее клинико-психологическая характеристика. Стадии формирования анорексии. Диагностические критерии. Булимия, стадии формирования булимии, диагностические критерии. Возможности психотерапии при нарушениях пищевого поведения.

Понятие созависимости. Условия формирования созависимости. Психологическая характеристика созависимой личности и личности, склонной к созависимости. Возможности психотерапии при созависимости.

Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства. Реакция личности на стресс как одна из проблем клинической психологии. Понятие психической травмы, ее характеристики. Психическая травма в ряду других жизненных ситуаций. Характеристики психической травмы: интенсивность, смысл, значимость и актуальность, патогенность, острота появления, продолжительность, повторяемость, связь с преморбидными личностными особенностями. Меха-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



16

Назад

Закреть

низмы нарушений, связанных со стрессом. Невротический и психосоматический пути реагирования на стресс. Понятие невротических расстройств (в историческом аспекте). Клинические проявления невротических расстройств. Психогенные расстройства при стихийных бедствиях и массовых катастрофах. Посттравматическое стрессовое расстройство. Социально-стрессовое расстройство. Клинические невротические симптомы: вегетативная дисфункция, нарушения ночного сна, астеническое и истерическое расстройство, паническое расстройство, отклонения в поведении, заострение личностно-типологических черт характера, утрата пластичности общения, снижение способности адаптации, склонность к асоциальным действиям.

Понятие соматоформного расстройства. Виды соматоформных расстройств. Характеристика соматизированного и ипохондрического расстройств. Конверсионное расстройство. Болевое соматоформное расстройство.

Обсессивно-компульсивное расстройство. Понятие obsessions и compulsions, их виды. Навязчивость и ритуалы поведения. Феноменология и терапия обсессивно-компульсивных расстройств. Тревожно-фобическое и другие тревожные расстройства. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Клинико-психологическая характеристика шизофрении и маниакально - депрессивного психоза. Этиология и клинические симптомы шизофрении. Понятие расщепленного сознания. Виды шизофре-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



17

Назад

Закрыть

нических расстройств: кататония, гебефрения, дезорганизованная шизофрения. Особенности поведения и мышления больных шизофренией. Общие подходы к терапии шизофрении. Маниакально-депрессивный психоз. Понятие циклического расстройства. Маниакальная стадия, ее фазы. Депрессивная стадия, ее фазы. Особенности поведения и мышления больных с маниакально-депрессивным расстройством. Общие подходы к терапии маниакально-депрессивного психоза.

Клинико-психологическая характеристика олигофрении и дементивных расстройств. Нарушение интеллектуальных функций — основной дефект при олигофрении и деменции. Врожденные и приобретенные формы слабоумия. Тотальность и необратимость развития при олигофрении. Прогрессирующая и резидуальная деменция. Деменция при болезни Альцгеймера. Общие подходы к терапии данных расстройств.

Клинико-психологическая характеристика эпилепсии, травм и опухолей головного мозга. Этиология и клинические симптомы эпилепсии. Классификация эпилепсии. Особенности поведения и мышления при эпилепсии. Характерологические особенности больных с эпилепсией. Этиология и клинические симптомы травм и опухолей головного мозга. Психические нарушения при травмах и опухолях головного мозга.

Клинико-психологическая характеристика психопатии и других нарушений личности. Понятие психопатии как аномалии характера. Признаки психопатии. Дисгармония интеллектуальной и эмоцио-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



18

Назад

Закрыть

нальнволевой сфер при психопатии, личностная незрелость, склонность к девиантному поведению. Расстройство эмоций, апатия, депрессия, маниакальное состояние, эйфория, дисфория, эмоциональная лабильность, недержание эмоций, неадекватность эмоций, амбивалентность, негативизм, патологический аффект. Абулия, гипобулия, гипербулия, ступор, каталепсия, негативизм, импульсивность, манерность. Расстройства влечений, клептомания, пиромания, дипсомания, дромомания.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



19

Назад

Закрыть

2 ИСТОЧНИКОВЫЙ КОМПОНЕНТ

2.1 Конспекты лекций

Лекция 1. Клиническая психология как наука и область практики

Приведем несколько определений предмета клинической психологии.

Клиническая психология — частная психологическая дисциплина, предмет которой — психические расстройства (нарушения) и психические аспекты соматических расстройств (болезней).

Клиническая (медицинская) психология — наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психологию взаимоотношений пациента и медицинского работника, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний.

Медицинская психология рассматривает применение знаний и методов психологии для решения медицинских проблем; предметом медицинской психологии являются эмоции и поведение в состоянии болезни и все формы предупреждения болезни. На первом месте в медицинской



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



20

Назад

Закрыть

психологии стоят нарушения пациента и взаимоотношения врача и пациента.

Термины «*клиническая психология*» и «*медицинская психология*» употребляются как синонимы. Термин «клиническая психология» используется чаще специалистами, ориентированными психологически, работающими в области психологии. Термин «медицинская психология» чаще используется специалистами медицинского профиля, работающими в области медицины.

Клиническая психология тесно связана с *психологией здоровья* — это междисциплинарная область исследований, которая занимается повышением общего уровня здоровья населения, способами продления жизни, улучшения самочувствия посредством общественных мероприятий и влияния на систему здравоохранения в целом.

Объектом исследования и воздействия в клинической психологии является человек с каким-либо расстройством или заболеванием. Человек в ситуации заболевания формирует свое отношение к этой ситуации, отражает свое заболевание на чувственном, эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, принимает на себя роль больного. Все это приводит к изменению социальной ситуации больного, а также оказывает влияние не только на характер переживаний больного, но и на его отношение к лечению, что, в свою очередь, обуславливает эффективность лечения и совладания с заболеванием. Человек не только формирует свое отношение к заболеванию, он может также позитивно или



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



21

Назад

Закрыть

негативно повлиять на течение своей болезни, и на ее исход. Известную поговорку можно перефразировать следующим образом: «Скажи мне, какой ты, когда болеешь, и я скажу, кто ты».

Разделы клинической психологии

1. Классификация по критерию вида заболевания (нозологии):

Нейропсихология — изучает мозговые механизмы психической деятельности на основе изучения нарушений психической деятельности у больных с локальными поражениями головного мозга (последствия мозговых инсультов, травм и опухолей мозга, воспалительных заболеваний, нарушений мозгового кровообращения), разрабатывает методы диагностики и восстановительного обучения больных с поражениями мозга. Такие больные являются пациентами нейрохирургической и неврологической клиники.

Патопсихология — изучает и оказывает помощь больным с психическими заболеваниями (психотические больные — шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, олигофрения, психозы, последствия травм мозга и мн. др). Такие больные являются пациентами психиатрической клиники.

Соматопсихология — изучает и оказывает помощь больным с соматическими заболеваниями (сома — с греч. тело, соматический — телесный). Это многочисленная группа больных, которые страдают заболеваниями внутренних систем и органов. Это пациенты разных отде-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



22

Назад

Закрыть

лений соматической клиники (сердечно-сосудистого, кардиологического, пульмонологического, гастроэнтерологического, акушерско-гинекологического и т.д.).

Психосоматика (*психосоматическая медицина*) — область соматопсихологии, которая изучает взаимосвязь психических и соматических явлений, а также соматические заболевания, которые возникли под преимущественным влиянием психического фактора, то есть обусловленных психогенно.

Неврология — изучает и оказывает помощь больным с невротическими расстройствами, к которым по новым классификациям относят соматоформные, обсессивно-компульсивные и тревожно-депрессивные расстройства. Эти группы расстройств возникают при посредничестве нервной системы, которая оказывается задействована в процессе реагирования человека на стресс, поэтому данные расстройства называют также невротическими.

2. Классификация по критерию этапа заболевания (расстройства)

Эпидемиология — изучение распространенности болезней и расстройств по географическому, социально-культурному признакам, по возрасту и полу, а также по профессиональной принадлежности человека и по др. признакам.

Этиология и анализ условий возникновения заболеваний (расстройств).

Классификация — разделение на виды, формы, группы и подгрупп



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



23

Назад

Закрыть

пы заболеваний (расстройств).

Диагностика — установление диагноза, отнесение заболевания (расстройства) к той или иной группе.

Интервенция (вмешательство) — включает профилактику, психотерапию, реабилитацию, охрану здоровья, оценку эффективности вмешательства.

Перечисленные разделы клинической психологии являются также этапами изучения любого расстройства (заболевания). Так, рассматривая каждое расстройство (заболевание), специалисты анализируют частоту его распространенности среди разных групп населения, условия и факторы его возникновения, феноменологию (основные клинические проявления, симптомы и жалобы больного, типичные при данном заболевании), основные виды, формы, варианты этого заболевания, правила установления диагноза, а также возможности оказания помощи или интервенции при данном расстройстве (заболевании).

Основные проблемные области клинической психологии:

- психология больного;
- психология лечебного взаимодействия;
- норма и патология психической деятельности;
- психология индивидуальных различий в ситуации заболевания;
- возрастная специфика психического реагирования на болезнь;
- семейные влияния как патогенные факторы;
- психология девиантного поведения;



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



24

Назад

Закрыть

- психологическое консультирование в ситуациях болезни;
- психотерапия как частный случай клинико-психологической интервенции;
- психосоматическая проблема;
- неврозология и другие.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



25

Назад

Закреть

Лекция 2. Основные понятия клинической психологии

Основные понятия, используемые в клинической психологии: *здоровье, нездоровье, болезнь, норма, патология, внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья.*

Дихотомия «здоровье – болезнь» рассматривается как конкретизация дихотомии «норма – патология». При этом понятие нормы соотносится с понятием здоровья, а понятие патологии соотносится с понятием болезни.

Норма (в философии) – 1) средняя величина, характеризующая какую-либо массовую совокупность случайных событий, явлений; 2) узаконенное установление, обязательный порядок, строй чего-либо.

В клинической психологии актуальным остается вопрос о разграничении нормы и патологии в смысле отделения состояний здоровья от состояний болезни. Особенно остро эта проблема стоит в области психического здоровья. Какого человека можно считать больным? Какого человека можно считать психически больным? Вот несколько проблемных в этом отношении ситуаций. Определите, болен человек или нет, если: а) у преподавателя во время лекции болит голова; б) в ситуации конфликта один человек громко кричит, размахивает руками, угрожает другому; в) человека преследуют навязчивые мысли, и он не в состоянии от них избавиться; г) у человека возникает ощущение вздутия живота,



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



26

Назад

Закрыть

колики в кишечнике.

В науке выработано несколько разных *способов описания нормы*, несколько видов ее понимания:

- нормальным считается то, что типично;
- нормальным считается то, что наиболее приспособлено к окружающей среде;
- нормальным считается то, что часто встречается, что бывает у большинства;
- нормальным считается то, что является стандартным;
- нормальным считается отсутствие патологии (негативный критерий нормы).

Описаны также следующие *виды норм*:

Статистическая норма — определяется посредством опытных сред-
нестатистических данных (ненормальный — значит необычный).

Идеальная норма — «состояние совершенства», определение того, как должно быть в идеале (ненормальный — не соответствующий идеалу).

Социальная норма — предписанные обществом нормы поведения (ненормальный — отклоняющийся от нормы).

Субъективная норма — масштабам для оценки служат индивидуаль-
ные данные (ненормальный — не подходящий для индивида).

В процессе оценки психологического состояния человека, как правило, участвуют разные виды норм. Норма и норматив являются категориями изменчивыми, динамичными, но только в определенных пределах,



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



27

Назад

Закреть

в границах которых человек способен осуществлять нормальную жизнедеятельность.

Когда мы рассуждаем о нормальности или ненормальности проявления какого-либо признака или качества в поведении человека, мы интуитивно ориентируемся на двухполюсную модель. В этой модели норма располагается на отрезке прямой, а за пределами отрезка в обе стороны располагаются отклонения от нормы. То есть норма рассматривается как некий «континуум», внутри которого все проявления поведения человека считаются допустимыми и естественными. Поэтому к признакам не-нормы относят и избыточные проявления какого-либо качества, и его недостаточные проявления.

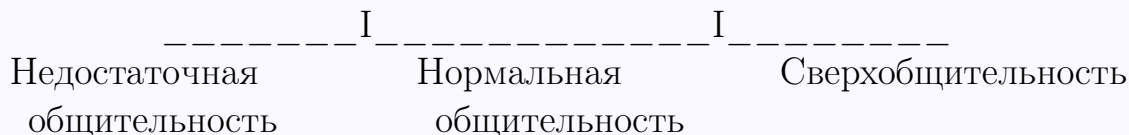


Рисунок 1 – Пример нормы по качеству «общительность»

Точно так же можно описывать и проявления нормальности-ненормальности других личностных качеств.

Как норма, так и психические отклонения от нормы, имеют явную социальную детерминацию, закономерные социальные проявления и последствия. Следовательно, именно оценка нормы психического здоро-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



28

Назад

Закрыть

вья, отклонений от этой нормы имеет выраженный социальный контекст и зависит от этнических, культурных и других представлений о норме и патологии. Так, огромное разнообразие проявлений и сочетаний личностных особенностей приводит к тому, что у заведомо психически здоровых людей нередко настолько неприемлемые, социально неадекватные поступки, что возникает подозрение о наличии у такого человека психической патологии. В то же время некоторые психически больные люди на протяжении определенного периода могут вести себя настолько социально адекватно, что возникает сомнение в наличии у них психического заболевания. Поэтому возникает проблема: можно признать болезненными здоровые проявления человека, его индивидуально-психологические особенности, но точно так же можно признать и нормальными болезненные проявления человека, приняв их за индивидуально-психологические, характерологические особенности, как реакции на жизненные трудности.

Таким образом, категоричное противопоставление психической нормы и психической патологии является неправомерным, необходимо признать существование тонких переходов между ними. Попытка заполнить этот разрыв (разрыв между психической нормой и психической патологией) была сделана в теории К. Леонгарда, который предложил понятие «акцентуированная личность» и определил различные виды акцентуаций. Акцентуированные личности можно рассматривать как переходные типы личностей между нормой и патологией, но не являющиеся



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



29

Назад

Закрыть

патологическими, как крайние варианты нормы, однако с чрезмерным, зачастую скрытым в обычных условиях усилением отдельных психологических черт личности человека.

Здоровье — это отсутствие болезни, то есть отсутствие отклонений в биологических структурах или физиологических процессах организма. По определению ВОЗ, *здоровье — это состояние полного благополучия (физического, душевного или социального)*. Под *нездоровьем* понимаются медицинский, психологический и социальный аспекты протекания болезни во всей их совокупной многомерности. Нездоровье характеризует состояние, которое побуждает (или может побудить) отдельного человека обратить внимание на симптомы болезни и искать помощи. Это состояние в результате вызывает множество социальных реакций, обуславливающих кратко- или долгосрочное отклонение от социального статуса человека.

В соответствии с определением здоровья, которое имеет отношение к телу или душе человека, выделяются разные виды здоровья.

Телесное здоровье обозначает благополучное функционирование тела человека, его отдельных систем и органов.

Психическое здоровье — состояние полного духовного благополучия человека, характеризующееся его способностью адекватно осознавать окружающую действительность, свое психическое состояние и поведение, а не только отсутствие психических расстройств (заболеваний). Психическое расстройство (заболевание) — расстройство психического



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



30

Назад

Закреть

здоровья пациента, в том числе поведенческое расстройство, обусловленное нарушением работы головного мозга и подтвержденное диагнозом врача-специалиста или врачебно-консультационной комиссией.

К определению психического здоровья применим так называемый негативный критерий нормы, когда нормой считается отсутствие того, что противоположно содержанию нормы, в данном случае — отсутствие психического заболевания (расстройства). Понятие «психическое заболевание (болезнь, патология)» используется для определения качественно иных состояний, измененных настолько, что они лишают человека возможности нормального социального функционирования, адекватной адаптации к обычным (нормальным) природным и социальным условиям.

В клинической психологии выделяется 4 группы людей с разными показателями психического здоровья:

1-я группа — совершенно здоровые люди, жалоб у них нет.

2-я группа — легкие функциональные (то есть не имеющие органической природы, обратимые) нарушения, о которых говорят жалобы астено-невротического порядка, обусловленные конкретной психотравмирующей ситуацией.

3-я группа — лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкое проявление жалоб астено-невротического характера вне рамок психотравмирующей и трудной ситуации, перенапряжение механизмов адаптации.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



31

Назад

Закрыть

4-я группа — клинические формы психического заболевания.

Психологическое здоровье рассматривается как благополучие функционирования личности человека, которое характеризуется высоким уровнем личностного развития, личностной зрелости человека. Психологически здоровый человек живет в гармонии с самим собой и с другими людьми, полноценно реализуя свою сущность. Признаки (критерии) психологического здоровья:

- позитивная установка по отношению к собственной личности;
- духовный рост и самореализация;
- интегрированность, цельность личности;
- автономия, самодостаточность личности;
- адекватность восприятия реальности;
- компетентность в преодолении требований окружающего мира.

Понятие **«болезнь»** используется для характеристики таких состояний человека, которые уже не выглядят как нормальные и поэтому нуждаются в специальном объяснении. Используя понятие «болезнь», мы объясняем изменения состояния человека. Они являются результатом изменений в самом человеке, как правило, в его организме. Изменившееся субъективное состояние обозначается как «плохое самочувствие». Таким образом, болезнь описывается в трех измерениях:

- телесно-биологическое измерение → болезнь;
- психологическое измерение → плохое самочувствие;
- социальный аспект → изменившееся поведение, роль больного.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



32

Назад

Закреть



Рисунок 2.1 – Модель возникновения болезни



На весь экран

Начало

Содержание



33

Назад

Заккрыть

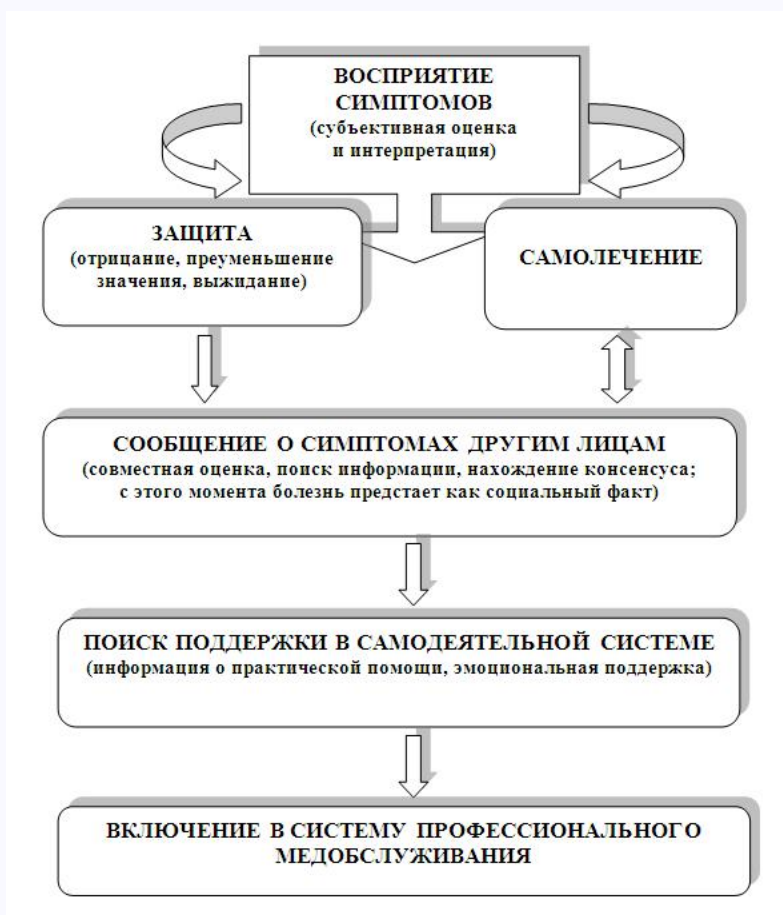


Рисунок 2.2 – Стадии поиска помощи в ситуации болезни



Концепция преодоления болезни. Иметь хроническое заболевание не означает автоматически быть хронически больным, то есть во всем объеме соответствовать статусу хронически больного. Насколько каждый человек поддается своей болезни, вносит изменения в свою жизнь, как он переживает и как за счет этого изменяется его самовосприятие, является результатом специфических усилий по преодолению болезни.

Преодоление болезни следует за наступлением болезни и охватывает все познавательные и двигательные виды активности, которые использует больной, чтобы сохранить свой физический, психический и социальный статус и компенсировать нарушенные функциональные способности. Поэтому преодоление включает в себя все усилия, с помощью которых больной пытается интегрировать физические, психические и социальные аспекты своей болезни в собственную внутреннюю и внешнюю реальность.

Какими бы значительными ни были медицинские, физические или психические последствия болезни, оценка и решение этих проблем в решающей степени зависят от личности больного, его жизненного опыта, социального статуса и условий жизни. Выработка способов преодоления зависит и от опыта преодоления других жизненных кризисных ситуаций.

Факторы отношения человека к болезни. От чего зависит отношение человека к своей болезни? Какие причины и условия его определяют? Существует несколько групп факторов, которые определяют



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



35

Назад

Закреть

отношение человека к болезни.

Мировоззренческие установки в отношении происхождения заболевания — каким образом человек с мировоззренческих позиций объясняет для себя самого причины своей болезни, почему и отчего он заболел?

1. *Объективные объяснения*: болезнь рассматривается человеком как неизбежность («все люди рано или поздно заболевают, такова жизнь»), болезнь как стечение обстоятельств («так получилось, что я оказался в том месте, где оборвались провода, которые упали мне на голову»), а также как результат собственных ошибок («не надо было так быстро бегать, не упала бы и не сломала бы ногу»).

2. *Болезнь дана человеку свыше*: болезнь как кара («меня Господь наказал»), болезнь как испытание («Господь дает человеку такие испытания, которые человек может выдержать»), болезнь как назидание другим («пусть молодежь видит, что не надо курить, а то будет рак легких, как у меня»), болезнь как расплата за грехи предков («мой отец вел неправедный образ жизни, и вот я расплачиваюсь за его грехи»).

3. *Болезнь как результат нарушения межличностных отношений*: болезнь как зависть («мне подруга позавидовала, что у нас в семье все хорошо»), болезнь как следствие ревности («это его бывшая пассия мне накликала эту болезнь»).

В зависимости от мировоззренческих установок человек определяет и тактику своего поведения в отношении лечения заболевания.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



36

Назад

Закрыть

Ответ на вопрос «*Что означает болезнь для самого больного?*» является важнейшим фактором, определяющим отношение человека к своему заболеванию. Чем является болезнь для человека? Это может быть: *опасность, угроза, наказание, преимущество, переоценка ценностей, реализация новых возможностей, старых планов.*

Характер самой болезни во многом определяет отношение человека к ней: *хроническая болезнь, острая болезнь, опасная для жизни болезнь.*

Болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. На основании следующих параметров оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

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

Какой орган затронут (это определяет значимость органа для че-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



37

Назад

Закрыть

ловека, ограничения человека, возможность продолжать прежний образ жизни или необходимость его перестройки, а также социальную значимость болезни с точки зрения общественного мнения): *сердце, желудочно-кишечный тракт, лицо, разум (психические расстройства), кисть руки, нога.*

Физическая болезнь или увечье значительно изменяют субъективную ценность различных частей тела.

Отношение к болезни зависит от **возрастных, гендерных, профессиональных характеристик больного.**

Для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний. Для детей, подростков и молодежи психологически тяжелыми являются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Люди зрелого возраста тяжело реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания, так как им необходимо удовлетворять потребности в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. «Стыдные» болезни (к ним относят венерические и психические заболевания, геморрой, инфаркт, аборт) вредят социальному статусу и авторитету больного. Для пожилых и престарелых людей наиболее значимы болезни, которые приводят к смерти.

Женщины лучше переносят болевые ощущения, состояния длительного ограничения движений или обездвиженность. С точки зрения профессии, значимым становится тот или иной орган, который необходим для выполнения профессиональной деятельности. При физическом тру-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



38

Назад

Закреть

де страшно заболеть остеохондрозом, представителям творческих профессий страшна депрессия, пианисту — травма кистей рук, а машинисту башенного крана — гипертензия, так как эти болезни ограничивают или лишают человека возможности выполнять его профессиональные функции.

Психологические факторы, общие для здоровья и патологии:

→ установка на безнадежность и беспомощность оказывает разрушительное воздействие на функционирование органов в организме;

→ оптимистическая установка служит буфером, который предотвращает развитие заболеваний, что связано с ощущением собственной эффективности, способности справиться с проблемой;

→ стойкий негативный аффект представляет опасность для здоровья человека;

→ эффект плацебо: выживание и процветание профессии врача с древнейших времен в значительной степени служит примером силы, которая заложена в вере человека в возможность исцеления.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



39

Назад

Закреть

Лекция 3. Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) и внутренняя картина болезни (ВКБ)

Всякое заболевание человека проявляет себя каким-либо внешним образом, в виде симптомов, объективных и субъективных, то есть определенных изменений в теле человека, в его поведении, в высказываниях. Но любое заболевание также имеет и внутренние, психологические проявления как комплекс ощущений, переживаний больного человека, его отношение к факту болезни, к самому себе как к больному.

Для обозначения этой стороны заболевания используется ряд терминов: аутопластическая картина болезни, внутренняя картина болезни, переживание болезни, позиция к болезни, отношение к болезни. Впервые это понятие внутренней картины болезни было использовано в 1944 году Р.А. Лурия, российским терапевтом. Он указывал, что хорошее знание жалоб, переживаний и изменений характера больного так же важно для постановки диагноза, как и результаты объективного исследования его болезни. Согласно Р.А. Лурия, внутренняя картина болезни — «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений... его общее самочувствие. Самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах — весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



40

Назад

Закрыть

Наиболее распространенным и общепринятым в последнее время стал именно термин «*внутренняя картина болезни*» (ВКБ), который мы и будем использовать. Обсуждая проблему внутренней картины болезни, ученые рассматривают вопросы о том, какова роль личности в возникновении заболевания и в выходе из него, в процессе реабилитации, что нового вносит болезнь в личность человека, как она изменяет личность.

Понятие ВКБ производно от понятия «*внутренняя картина здоровья*» (ВКЗ), которое предложено А.Б. Орловым и введено в клиническую психологию В.Е. Каганом в 1993 году. Он так определяет это понятие: «Человек знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье, и соотносит с ним свое актуальное состояние. Это то целостное представление, «*для-себя-знание*» о здоровье мы и определяем как ВКЗ». Другими словами, под внутренней картиной здоровья понимается созданное человеком представление о том, что такое его собственное здоровье, то есть это установка человека по отношению к собственному здоровью. Она определяет, какое именно его состояние в совокупности ощущений, самочувствия, знаний и представлений, а также возможностей в деятельности составляет состояние здоровья. Другими словами, человек знает, чувствует и убеждает себя в том, что это его состояние и является состоянием здоровья.

Внутренняя картина болезни, полагает В.Е. Каган, представляется как частный случай ВКЗ и в содержательном плане, ибо болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



41

Назад

Закрыть

всегда в контексте жизненного пути личности, то есть в соответствии со здоровьем.

Внутренняя картина здоровья не тождественна представлению человека о здоровье как объективной категории. Картина «здоровье-для-себя» может не совпадать с представлениями о здоровье. Об этом свидетельствует ситуация, когда человек испытывает болезненные ощущения, слабость и др. состояния, при этом считая себя совершенно здоровым и продолжая обычную жизнедеятельность. В то же время совершенно здоровый человек при малейшей усталости может считать себя больным человеком, играть роль больного и требовать к себе соответствующего отношения окружающих, посещать врача и требовать назначения лечения.

Как только состояние человека перестает соответствовать его внутренней картине здоровья, человек начинает считать себя больным. И тогда у него формируется уже внутренняя картина болезни. Таким образом, ВКЗ и ВКБ являются как бы двумя сторонами одной медали.

Во внутренней картине болезни существует *зависимость субъективного и объективного*, которая проявляется в том, что в основном тяжесть болезненного процесса и объективного состояния больного соответствует тяжести субъективных переживаний человека, вызванных болезнью. Однако прямая связь большинством исследователей опровергается, и считается, что между объективным состоянием больного и его субъективными переживаниями имеется много промежуточных переменных,



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



42

Назад

Закрыть

которые опосредуют отношения между ними. В одной из работ был даже сделан вывод о том, что между органикой заболевания и количеством жалоб имеется обратно пропорциональная зависимость.

Болезнь как патологический процесс двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни. Во-первых, необычные, нетипичные телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания, и степень участия биологического фактора в формировании ВКБ определяется тяжестью клинических проявлений. Соматические вредности непосредственно приводят к нарушениям в нервно-психической сфере через патогенное влияние на головной мозг (интоксикация продуктами распада, накопление вредных веществ в крови, изменение обмена веществ и т.д.). Во-вторых, болезнь создает особую трудную жизненную ситуацию для больного. У человека в условиях болезни формируется собственное отношение к новым обстоятельствам жизни и к самому себе в этих обстоятельствах.

Традиционное представление о болезни, о заболевании — это представление о чем-то, безусловно, негативном. Стереотипное представление заключается в том, что болезнь — это что-то плохое. Действительно, болезнь приносит в жизнь человека множество неприятных ощущений, переживаний, задает ограничения в деятельности, в свободе организации жизни, в отношениях с окружающими. Однако при более внимательном рассмотрении оказывается, что болезнь может иметь и поло-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



43

Назад

Закрыть

жительную, приятную для больного сторону, предоставляет ему определенные выгоды. Например, болезнь избавляет человека от необходимости решать сложные жизненные проблемы, принимать ответственные решения, заботиться о других людях. Больной человек получает больше внимания от окружающих, он начинает ощущать интерес к себе, к своему состоянию, которого, возможно, не имел до заболевания, у него появляется время для отдыха. Таким образом, отношение человека к болезни в целом является амбивалентным.

Какими факторами обусловлена внутренняя картина болезни? Существует большое число факторов: характер заболевания, его острота и темп развития, обстоятельства, в которых протекает болезнь, представления о заболевании, имеющиеся у больного, особенности лечения, эффективность лечения, отношение к заболеванию родственников больного, особенности личности больного человека до заболевания, его возраст, пол, профессия, занимаемое в обществе положение и другие.

Структура внутренней картины болезни включает следующие компоненты:

- чувственный (ощущения, вызванные болезнью);
- эмоциональный (эмоциональные состояния, связанные с болезнью, эмоциональная реакция на отдельные симптомы, на заболевание в целом);
- информативный, или интеллектуальный (знания и представления о болезни, ее симптомах, способах лечения и исходах);



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



44

Назад

Закрыть

- регулирующий, или поведенческий (действия больного, направленные на излечение).

Таким образом, внутренняя картина болезни представляет собой тот пласт самосознания человека, в котором отражается образ себя в ситуации болезни.

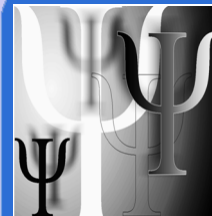
Знание особенностей внутренней картины больного человека необходимо в практическом плане прежде всего потому, что специалисты должны направлять усилия человека на преодоление болезненного состояния, вызывать у него желание выздороветь или научить человека жить с болезнью, если она не поддается излечению.

В клинической психологии созданы различные *типологии внутренней картины болезни*.

1. По типу эмоционального отношения к болезни описываются 2 типа: и нозофобный типы ВКБ. *Нозофильный* обозначает «любить болезнь», *нозофобный* – «бояться болезни».

2. По степени осознания факта заболевания и его тяжести выделяют четыре типа ВКБ:

- *анозогнозический* – отсутствие понимания, полное отрицание своей болезни;
- *гипонозогнозический* – недостаточное понимание, неполное признание факта болезни у самого себя;
- *гипернозогнозический* – преувеличение тяжести заболевания, приписывание себе болезни, избыточная эмоциональная напряженность в



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



45

Назад

Закрыть

связи с болезнью;

- *прагматический* — реальная оценка своего заболевания, адекватные эмоции по отношению к ней.

3. Классификация типов отношения к болезни по нескольким признакам:

а) *нормальный тип* — субъективное состояние и отношение соответствует объективному состоянию;

б) *пренебрежительный тип* — недооценка серьезности болезни, больной не лечится и не бережет себя, необоснованный оптимизм;

в) *отрицающий тип* — больной не обращает внимания на болезнь, не обращается к врачу;

г) *нозофобный тип* — больной боится болезни, слишком опасается ее;

д) *ипохондрический тип* — больной догадывается или убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, но не говорит о своих опасениях, так как боится быть смешным или боится подтверждения;

е) *нозофильный тип* — больному очень нравится болеть, он лелеет свою болезнь;

ж) *утилитарный тип* — как высшее проявление нозофилии: получение сочувствия и внимания в ситуации болезни, получение материальных выгод, возможность с помощью болезни выйти из неприятной ситуации. Подробная и развернутая классификация типов ВКБ представлена в методике [«Личностный опросник Бехтеревского института»](#).



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



46

Назад

Закрыть

Лекция 4. Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психогенные заболевания и психосоматические расстройства

Появление термина «психосоматический» связано с работами Хайнротта (1818 г.), а термина «соматопсихический» — с исследованиями Якоби (1822 г.), но сами вопросы соотношения соматического (телесного) и психического (духовного) являются одними из древнейших в философии, психологии, медицине. Еще в древнемедицинских трактатах можно найти представления о тесной связи между психическими процессами и соматическими нарушениями. Например, считалось, что неудовлетворенное желание женщины иметь ребенка приводит к движениям матки, и женщина ощущает боли внизу живота. Это состояние было названо истерией. В Новое время учение о связи соматических заболеваний и психических процессов называли психосоматикой. В середине XX века появилась даже новая отрасль медицинской науки и практики, которая была названа психосоматической медициной.

Зарождение психосоматической медицины связывают с работами Фрейда: это направление (точнее, доминирующие в нем концепции) начинается с истории болезни Анны О., в которой впервые было представлено возникновение физического симптома по механизму конверсии. Хотя сам Фрейд никогда ни в одной из своих работ не использовал термина



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



47

Назад

Закреть

«психосоматическая медицина», в дальнейшем, по результатам работы группы учеников и последователей Фрейда в Америке в 30-40-е гг. и европейских исследователей в послевоенные годы, понятие психосоматической медицины получило широкое распространение, в частности, благодаря открытию центров психосоматической медицины и изданию специальных журналов.

Содержанием психосоматического подхода, по Стоквису, является привлечение психологических данных для лучшего понимания физических симптомов и патофизиологических процессов, для лучшего понимания и лечения психических расстройств. Дойч разработал концепцию органических неврозов, в которой большое значение придается слабости органа, обусловленной предшествующим болезненным процессом. Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы является Ф. Александер. Он приехал в США из Германии уже сложившимся психоаналитиком и в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений. Он изучал роль психических факторов в возникновении желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств. В 1934 г. Ф. Александер сформулировал принципы, которые легли в основу *концепции специфичности*:

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональ-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



48

Назад

Закрыть

ное отношение пациента к окружению или к собственной личности.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

По Александеру, 3 фактора важны в этиологии психосоматических расстройств: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации.

Первоначально было выделено 7 специфических психосоматических заболеваний, которые образно были названы «святая семерка». К ним отнесены: язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит, гипертензия и тиреотоксикоз. В дальнейшем круг психосоматических заболеваний был расширен, и в настоящее время к ним относятся также сахарный диабет, гастроэнтерит, онкологические заболевания, ожирение, нервная анорексия и булимия и другие.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



49

Назад

Закрыть

Сегодня под *психосоматическими расстройствами* понимают прежде всего *соматические заболевания*, в *этиологии* которых *существенную роль* играют *психические процессы и функции*. Это *симптомы и синдромы нарушений различных органов и систем организма*, обусловленные *индивидуально-психологическими особенностями человека* и связанные со *стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта*.

К психосоматическим относят такие заболевания, при которых имеется какой-либо органический дефект. А соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить наличием органических симптомов и которые по этой причине называются функциональными расстройствами, стали называть «соматоформные расстройства» (*функциональный* — преходящий, обратимый, не являющийся органическим, *соматоформный* — соматический по форме проявления).

Согласно одной из современных позиций, психосоматическая медицина рассматривается как лично ориентированный подход ко всем заболеваниям. Психосоматическая проблема в клинической психологии рассматривается в контексте проблемы реагирования личности на стресс. *Концепция стресса* изложена в работах Г. Селье. Представим ее общие положения.

Активность человека направлена на удовлетворение его разнообразных потребностей. Однако не всегда потребности удовлетворяются без проблем: в процессе их удовлетворения человек может встретиться с



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



50

Назад

Закрыть

внешними или внутренними препятствиями, что вызывает необходимость приспособления, или адаптации. Стрессор — это то, что вызывает стресс, который, в свою очередь, требует адаптации.

Стрессор — неблагоприятное, значительное по силе и продолжительности внешнее и внутреннее воздействие, ведущее к возникновению стрессовых состояний. Стресс рассматривается как результат действия стрессора.

Стресс — это термин, который используется для обозначения обширного круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры).

Человек должен направлять свои усилия на преодоление стресса, которые называются стратегиями копинга, или копинг-стратегиями (от англ. *coping* — совладание).

Существуют различные виды стрессоров, которые различаются по следующим признакам:

- значимость для человека;
- продолжительность действия;
- наличие кумулятивного (накопительного) эффекта;
- контролируемость / неконтролируемость;
- разрешаемость;
- одновременность действия нескольких стрессоров.

Реакция личности на стресс зависит от характера самого стрессора (который определяется по всем выделенным признакам), а также от



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



51

Назад

Закреть

личностных особенностей человека и сложившихся в его прошлом опыте способностей совладания со стрессом.

Предпринимались попытки каким-либо способом измерить стрессогенность различных событий, значимых для человека. Составлены различные шкалы, общим названием которых является «Шкала стресса». В таких шкалах перечислены значимые события, и каждому из них приписывается определенное числовое значение. Если человек набирает общее количество баллов большее, чем критическое, то вероятность возникновения у него психосоматического заболевания является очень высокой. Например, в «Методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации» Холмса и Рея такая сумма равна 300 баллам (это означает реальную угрозу психосоматического заболевания). Обратите внимание на то, что и «хорошие», и «плохие» события в равной степени являются стрессогенными факторами.

На основе способов реагирования личности на стресс были определены **уровни реагирования** личности на стресс:

→ *нормативный уровень* — зрелая личность, способная преодолеть последствия действия стрессора, использующая эффективные копинг-стратегии, а также зрелые механизмы психологической защиты;

→ *невротический уровень* — при формировании реакции на стресс задействована нервная система, поэтому у человека наблюдаются различные невротические расстройства, проявляющиеся в фактах отклонений в поведении, а также в возникновении соматических симптомов,



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



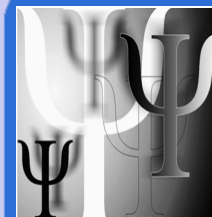
52

Назад

Закрыть

Таблица 2.1 – Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации

№	Жизненные события	Баллы
1	Смерть супруга (супруги)	100
2	Развод	78
3	Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
4	Тюремное заключение	63
5	Смерть близкого члена семьи	63
6	Серьезная травма или болезнь	53
7	Женитьба, свадьба	50
8	Увольнение с работы	47
9	Примирение супругов	45
10	Уход на пенсию	45
11	Изменения в состоянии здоровья одного из членов семьи	44
12	Беременность (ваша, если вы женщина, или вашей партнерши)	40
13	Сексуальные проблемы	39
14	Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
15	Перемена места работы	39
16	Изменение финансового положения	38
17	Смерть близкого друга	37
18	Изменение профессиональной ориентации, смена места работы	36
19	Усиление конфликтности отношений с супругом	35
20	Ссуда или заем на крупную покупку (машины, дома)	31
21	Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
22	Изменение должности, служебной ответственности	29
23	Сын или дочь покидают дом	29
24	Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
25	Выдающееся личное достижение, успех	28



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



53

Назад

Закреть

26	Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
27	Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
28	Перемена в условиях жизни	25
29	Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения	24
30	Проблемы и конфликты с начальством	23
31	Изменение условий работы или рабочего времени	20
32	Перемена места жительства	20
33	Смена места обучения	20
34	Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19

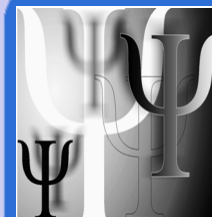
не имеющих органической природы (тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные и соматоформные расстройства);

→ *психосоматический уровень*, на котором возникают психосоматические расстройства и заболевания; этот уровень реагирования на стресс появляется тогда, когда человек «не может позволить себе» иметь симптомы отклонений в поведении, которые типичны для предыдущего уровня (например, грызть ногти или иметь какие-то фобии);

→ *психотический уровень* — если стрессор является непереносимым для человека, он превышает возможности психики справиться с ним, у человека возникает психическое расстройство, например, острый психоз.

Психосоматическая медицина различает три группы психосоматических расстройств:

- Конверсионные симптомы — в соответствии с МКБ-10 обозначаются как диссоциативные (конверсионные) расстройства и разновидности



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



54

Назад

Закрыть

соматоформных расстройств.

- Функциональные синдромы — в соответствии в МКБ-10 обозначаются как соматоформные расстройства. При наличии соматических по форме симптомов органический дефект в органах и системах организма не обнаруживается.

- Психосоматические заболевания (психосоматозы) — классические психосоматические заболевания, при которых имеется органический дефект, в возникновении которого существенное значение имеет психологический фактор.

Логика развития исследований в области психосоматической проблемы в клинической психологии привела к выводу о том, что психические факторы оказывают влияние на возникновение практически любого заболевания. При этом вклад психических факторов в зависимости от характера заболевания (расстройства) будет разным. Поэтому все существующие заболевания можно условно расположить на шкале: на одном полюсе будут помещаться психосоматические заболевания и расстройства, при которых вклад психических факторов максимальный, а на другом полюсе — те заболевания (расстройства), вклад психических факторов в этиологию которых является минимальным или почти отсутствует.

На левом полюсе шкалы располагаются психосоматические заболевания, вклад в возникновение которых психологических факторов расценивается как максимальный. На правом полюсе располагаются ортопе-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



55

Назад

Закрыть

Под руководством Ф. Александера было установлено, что при ряде заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной, мышечной и кожной систем физиологические ответы на различные эмоциональные напряжения были индивидуально постоянны и различны у больных, отнесенных к каждой группе заболеваний. Кроме того, вегетативные дисфункции, возникающие при внутреннем эмоциональном конфликте, были связаны со специфическими физиологическими ответами.

Для исследования *проблемы специфичности* психосоматических расстройств обычно постановка следующих вопросов:

- Предрасположены ли лица, обладающие определенной личностной структурой, к определенному психосоматическому заболеванию?
- Приводят ли определенные конфликтные и общие жизненные ситуации к определенному психосоматическому заболеванию?
- Существует ли взаимосвязь между поведенческими особенностями человека и риском заболевания определенным психосоматическим заболеванием?

Наибольшее число работ, выполненных как клиническим, так и экспериментально-психологическими методами, посвящено поискам «профиля личности», специфичного для того или иного психосоматического расстройства. В англо-американской литературе разных лет описывались характерные личностные профили для больных грудной жабой, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, язвенной болезнью же-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



57

Назад

Закрыть

лудка, ревматоидным артритом, мигренью и др.

Общим итогом этих исследований явилось, скорее, отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Многие авторы склонны отказаться от поиска профилей личности, заменить этот аспект исследований описанием особенностей личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.

Что же касается специфических конфликтных и жизненных ситуаций, то поиски их также не увенчались успехом. В конечном счете, подчеркивает Стоквис, совсем не важно, что переживает человек, гораздо важнее, как он перерабатывает пережитое, поэтому не сами конфликты, а лишь тип и характер их переработки могут обнаружить сходство, и только в этом отношении и можно было бы говорить об их специфике.

Таким образом, психический фактор в случаях психосоматических расстройств выступает в виде личностной предрасположенности, выборе специфических способов переработки конфликтов и традиционных характерологических стилей поведения во фрустрирующих ситуациях.

Приведем примеры *описаний личностных профилей* при разных заболеваниях.

«Поведение типа А» характерно для больных с сердечно-сосудистой



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



58

Назад

Закрыть

патологией: высокий темп жизни, высокая мотивация достижения, склонность к соревнованию, стремление сохранить за собой лидерство, даже когда другие лучше справляются с задачей, их высокая самооценка постоянно нуждается в подтверждении. Постоянная тревога, так как больной не может «почивать на лаврах». Такие люди требуют от себя новых успехов; стремление к достижению значимых целей в ущерб собственному благополучию.

Гипертоническая болезнь: трудолюбие, приверженность долгу, общительность, большое чувство ответственности, возникновение внутренних и внешних конфликтов, от которых человек не может отстраниться, установка на личную скромность. Отказ от своих потребностей в пользу других людей, хронически подавляемая агрессивность.

«*Поведение типа С*» — личность, склонная к онкологическим заболеваниям: депрессия, выученная беспомощность, недостаточная эмоциональная экспрессивность, подавление негативных эмоций, отсутствие социальной поддержки. М. Селигман — автор «теории выученной беспомощности» — определяет как опыт субъекта, который состоит в том, что его действия никак не влияют на ход событий и не приводят к желательным результатам, что усиливает неподконтрольность субъекту результатов действия.

Бронхиальная астма: психологическая метафора бронхиальной астмы «затруднение выживания, неспособность дышать полной грудью», склонность подавлять депрессию и агрессию, сдерживание реакций на



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



59

Назад

Закрыть

фрустрирующее воздействие: «не может выпускать свой гнев на воздух», что порождает приступы удушья, стремление к близости с другими людьми сочетается с боязнью близости; в раннем возрасте запрещалось открытое выражение чувств («не плачь, перестань кричать»), сниженная самооценка, непосильные (завышенные требования к себе и тягостное осознание своей несостоятельности).

Одна из основных проблем при изучении психосоматических расстройств — это объяснение механизмов возникновения психосоматических заболеваний. Как можно объяснить, почему мысли человека, образы и эмоции, неразрешенные внутренние конфликты и т.д. могут привести к соматическому заболеванию? Как психическое может привести к органическому дефекту? Существует несколько концепций происхождения психосоматических заболеваний.

Теория кортико-висцеральных взаимодействий (отечественная психология): нарушение кортикальных функций рассматривается как причина развития висцеральной патологии. Все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Существует также корковый центр висцерального анализатора, позволяющего человеку ощущать свои внутренние органы. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами. При возникновении внутриличностного конфликта, который отражается в сознании человека, кора способна влиять на состояние внутренних органов через лимбическую, вегетатив-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



60

Назад

Закрыть

ную и эндокринную системы.

Теория Г. Селье об общем адаптационном синдроме. Общий адаптационный синдром рассматривается как сумма неспецифических системных реакций организма, которая возникает в результате длительного стресса. Система гипоталамус-гипофиз-надпочечники реагирует на стресс чрезмерной секрецией кортизола, что вызывает структурные изменения в различных системах организма. Нейрофизиологические пути, при прохождении которых формируется стрессовая реакция: кора головного мозга — лимбическая система — гипоталамус — мозговое вещество надпочечников — симпатическая и парасимпатическая нервная система.

Конверсионная модель З. Фрейда. Под конверсией понимается смещение психического конфликта и попытка разрешить его через различные симптомы в области тела — соматические, моторные или чувственные. Либидо отделяется от бессознательных, вытесненных представлений, и его энергия преобразуется в соматический симптом. С появлением соматического симптома пациент испытывает эмоциональное облегчение благодаря смягчению гнета бессознательного конфликта.

Психосоматический симптом как результат использования незрелых психосоматических защит (модель двухшелонной линии обороны Митчерлиха). Психосоматический процесс развивается в такой последовательности:

1. Человек пытается справиться с конфликтом с помощью исключи-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



61

Назад

Заккрыть

тельно психологических средств на психосоциальном уровне:

а) достаточно зрелая личность пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (обсуждение проблем и конфликтов) или посредством зрелых механизмов защиты (вытеснение, сублимация);

б) когда использование нормальных механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (невротическая депрессия, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии);

в) бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом, в этих случаях говорят о невротическом развитии личности, или неврозе характера.

2. Если человеку по каким-либо причинам не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом чисто психологическими средствами, то есть не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона — *соматизация*, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе, например, к язве желудка. Это защита уже на психосоматическом уровне.

3. Уровень психотического симптомообразования: у пациентов возникают психозы как острая реакция на стресс. Но как только у психотических пациентов заканчивается обострение психотического состояния, у него тут же появляются психосоматические расстройства.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



62

Назад

Закрыть

Концепция алекситимии. Термин «алекситимия» введен в 1972 году Р.Е. Sifneos для обозначения определенных личностных особенностей пациентов с психосоматическими расстройствами. Алекситимия в переводе с латинского обозначает: *a* — отсутствие, *лексус* — слово, *тимос* — эмоции, то есть отсутствие слов для обозначения эмоций. Этот термин обозначает трудности нахождения подходящих слов для описания собственных чувств, обеднения фантазии, утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях. Пациенты с психосоматическими расстройствами часто проявляют трудности в вербальном и символическом выражении своих эмоций. Алекситимия определяется следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств;
- типичная неспособность выражать переживаемые чувства;
- трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями («то ли мне грустно, то ли есть хочется»);
- снижение способности к символизации, бедность фантазии и других проявлений воображения;
- фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Как считает С.А. Кулаков, характерной особенностью больных с психосоматическими расстройствами является то, что при заметной бедно-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



63

Назад

Закрыть

сти фантазии и конкретно-предметном мышлении они проявляют определенную «душевную слепоту». Происходит как бы отщепление, блокировка чувств, необходимых для функционирования психологической защиты, способность к символизации ограничена. Мышление у больных становится как бы механистичным: они говорят только о конкретных и актуальных предметах, например, о своей машине или о погоде. Выявляется также бедность сновидений, мечтаний, обеднение межличностных взаимодействий, связанное с сухостью вербального общения. Алекситимия появляется в семейной среде, где нет места выражению чувств, вызванных реальной жизнью, где эти чувства подавляются. Эта позиция может затем закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам.

Для диагностики алекситимии используется «[Торонтская алекситимическая шкала](#)».



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



64

Назад

Заккрыть

Лекция 5. Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства

В предыдущей лекции мы рассматривали понятие стресса, реакцию личности на стресс, а также уровни реагирования на стресс. На втором уровне реагирования личности на стресс включается нервная система человека, поэтому на этом уровне возникают так называемые невротические расстройства. Невротические расстройства проявляются в различных формах: это отклонения в поведении в виде навязчивых действий и привычек, это повышенная тревога и связанные с ними фобии, это соматические по форме расстройства, на самом деле вызванные нарушениями в работе нервной системы и не имеющие органических симптомов нарушений органов и систем. Данная группа расстройств обозначает, что человек выражает свои психологические проблемы на языке симптомов поведения и языке симптомов тела, что адаптация к стрессовым ситуациям осуществляется на уровне включения нервной системы, но еще не на уровне соматических заболеваний.

В МКБ-10 в данном разделе выделены следующие диагностические категории:

F 40 — тревожно-фобические расстройства.

F41 — другие тревожные расстройства, в том числе тревожно-депрессивные расстройства.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



65

Назад

Закрыть

F42 — обсессивно-компульсивное расстройство.

F43 — реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства.

F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства.

F45 — соматоформные расстройства.

F48 — другие невротические расстройства.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией неврозов, а также ввиду связи с психогенными этиологическими факторами. Далее охарактеризуем некоторые из расстройств, включенных в данную рубрику.

Тревожно-фобические расстройства. Эта группа объединяет расстройства, при которых тревога вызывается определенными внешними ситуациями или объектами, в настоящий момент времени не представляющими опасности. В результате человек характерным образом избегает подобных ситуаций либо переносит их, переживая страх. Фобическая тревога и депрессия часто сосуществуют. Ранее существовавшая фобическая тревога неизбежно усиливается во время эпизода депрессии, а некоторые депрессивные эпизоды сопровождаются переходящей фобической тревогой. Большинство фобических расстройств, за исключением социальных фобий, являются более распространенными среди женщин.

Обсессивно-компульсивное расстройство. Основной чертой при этом расстройстве являются повторяющиеся обсессивные мысли и ком-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



66

Назад

Закрыть

пульсии (навязчивые мысли и действия). Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному. Они почти всегда неприятны, поскольку по содержанию являются агрессивными или непристойными, но и воспринимаются как бессмысленные, и человек пытается безуспешно сопротивляться им. Обсессии не навязываются извне, а являются продуктом собственного сознания человека, хотя они и воспринимаются как помеха. Типы obsessions: боязнь загрязнений, боязнь причинить вред себе или окружающим, патологические сомнения.

Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяемые вновь и вновь стереотипные формы поведения или более завуалированные умственные процедуры (счет, чтение молитв, произнесение определенных слов). Их функция состоит в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, часто связанных с предполагаемым вредом, который якобы может быть нанесен больному или причинен им самим. Подобное поведение расценивается больным как бессмысленное или бесплодное, и он снова и снова пытается сопротивляться ему; при долговременных расстройствах это сопротивление уменьшается до минимума. Человек понимает неразумность своего поведения, но не в силах его контролировать. Типы compulsions: очистка, проверка, повторение, упорядочивание — обустройство, счет.

98% пациентов испытывают одновременно obsessions и compulsions, а compulsions рассматриваются как ответ на obsessions. Выполнение ком-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



67

Назад

Закрыть

пульсивного действия или ритуальной последовательности действий обычно приносит чувство удовлетворения и снижения напряжения. Обсессивно-компульсивное расстройство описывается как болезнь «а что если...»: человек испытывает постоянное беспокойство из-за возможности ужасного события [33].

Дисморфофобическое расстройство тела рассматривается как вариант обсессивно-компульсивного расстройства. Больной одержим мнимым расстройством своего тела, мнимым физическим недостатком, причем недостаток может касаться любой части тела (волосы, нос, глаза, ноги, подбородок, грудь и т.д.). Больные из-за убежденности наличия физического недостатка не могут выходить из дома, избегают встреч с людьми, особенно противоположного пола, часами приводят себя в порядок, маскируют мнимые дефекты одеждой или косметикой, могут пойти даже до проведения пластических операций. Все окружающие при этом утверждают, что данный физический недостаток у человека отсутствует, пытаются убедить в этом больного, но он остается при своем мнении.

Частота этого расстройства является одинаковой среди мужчин и женщин, начало расстройства обычно наблюдается в детстве и молодости. Обсессивно-компульсивное расстройство редко проходит полностью, хотя с помощью медикаментозных средств и психотерапии можно уменьшить степень выраженности и частоту проявлений obsessions и compulsions.

Соматоформные расстройства. Это группа состояний, которые



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



68

Назад

Закрыть

подразумевают соматические жалобы или жалобы на недееспособность, которые не сопровождаются какой-либо видимой соматической патологией, способной объяснить эти жалобы. Главной чертой соматоформных расстройств является повторяющееся предъявление соматических симптомов наряду с постоянными требованиями провести медицинское обследование вопреки многократному получению отрицательных результатов и заверениям врачей об отсутствии физической, органической основы для симптоматики. Если и обнаруживаются какие-либо соматические нарушения, то они не объясняют характера и степени выраженности симптоматики или тяжести состояния больного и проявляемой им озабоченности. Даже если возникновение и продолжение симптомов состоят в тесной связи с неблагоприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, пациент обычно сопротивляется попытке обсудить возможность психогенного происхождения расстройств. Трудности в достижении взаимопонимания относительно соматической или психологической обусловленности симптомов часто приносят огорчение и фрустрацию и пациенту, и врачу. У пациентов часто наблюдается поведение, ориентированное на поиск внимания к своей персоне, особенно при неудавшихся попытках убедить врачей в наличии у себя самого соматического заболевания. Соматоформные расстройства являются выражением психологических проблем пациента на «телесном языке» соматического симптома. Страдающие пациенты не занимаются простой симуляцией симптомов и обманом окружающих, они искренне верят в



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



69

Назад

Закреть

то, что с их организмом происходит что-то ужасное [15].

Выделено несколько *разновидностей* соматоформных расстройств.

Соматизированное расстройство. Основным признаком являются множественные, повторно возникающие и часто видоизменяющиеся соматические симптомы, которые наблюдаются, по крайней мере, в течение нескольких лет, предшествовавших обращению пациента к психиатру. У больных уже накоплено множество негативных результатов различных обследований, некоторые из них перенесли даже бесполезные операции с диагностической целью. Симптомы соматизированного расстройства могут относиться к любой части тела или системе органов, однако к числу наиболее распространенных относятся неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, аномальные кожные ощущения, появление пятен на коже, сексуальные и менструальные нарушения. Дебютирует в возрасте до 30 лет, в 10 раз чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Ипохондрическое расстройство. Может дебютировать в возрасте старше 30 лет. Жалобы больного не обязательно фокусируются на каком-либо определенном наборе симптомов, главное – это фокусировка на идее, что пациент серьезно болен. Пациент предъявляет многочисленные и упорные жалобы на возможное соматическое заболевание. То есть основной признак расстройства заключается в стойкой озабоченности возможностью наличия тяжелого соматического заболевания (одного или более) с прогрессирующим течением. Больной постоянно предъявляет



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



70

Назад

Закрыть

соматические жалобы или выражает беспокойство по поводу своего соматического состояния или внешности. Вызывающие страх соматическое заболевание или дефект тела могут прямо указываться пациентом, тем не менее, степень убежденности в наличии заболевания и акцентирование внимания на одном конкретном расстройстве обычно изменяются от консультации к консультации. Пациент признает возможность, что у него могут существовать и дополнительные физические нарушения помимо того, которому он придает особое значение. Больные регулярно читают научно-популярные медицинские журналы, занимаются поиском информации медицинского характера в Интернете, они ставят себе любопытные диагнозы, не существующие в реальности. Эти больные являются главными потребителями новейших медицинских препаратов, особенно рекламируемых, ведут регулярно дневники, в которых описывают свое состояние. При этом они уверены, что никогда не поправятся, хотя и пребывают в объективно хорошей физической форме. Ипохондрическое расстройство дает больным так называемую «вторичную выгоду»: они получают законное освобождение от ответственности, от обязанностей, так как искренне считают себя больными, не являясь таковыми в действительности.

Хроническое соматоформное болевое расстройство. Больные предъявляют жалобы на боли достаточной продолжительности и силы, которые серьезно осложняют жизнь пациента. Боли существуют на фоне отсутствия объективных данных, позволяющих говорить о болезни. Ощу-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



71

Назад

Закрыть

ощущение боли всегда субъективно, это сугубо индивидуализированное ощущение. Его нельзя измерить объективно, но о боли можно судить по поведению человека. При болевом соматоформном расстройстве субъективное ощущение боли и физическая дисфункция не коррелируют между собой. Люди с психогенным болевым расстройством могут вести себя как инвалиды. Они ходят к врачам, как на работу, надеясь получить объективное подтверждение своей боли и лекарство для облегчения страданий. В результате может появиться пристрастие к болеутоляющим средствам, больные также могут добиваться ненужных, калечащих операций.

Все виды невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств требуют вмешательства специалистов психотерапевтического профиля. Хотя последние уверены, что именно эта группа расстройств тяжелее всего поддается коррекции. Это объясняется тем, что пациентам психологически выгодно иметь данное расстройство, решая таким способом свои психологические и иные проблемы.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



72

Назад

Закрыть

Лекция 6. Клинико-психологическая характеристика шизофрении и маниакально-депрессивного психоза

Патопсихологическая характеристика шизофрении. Психопатологически и этиологически шизофрения представляет собой гетерогенную группу расстройств. Общность разных видов шизофренических расстройств состоит в ощутимом (грубом) *снижении уровня психосоциального функционирования* в период ранней или средней взрослости, если для этого нет других веских оснований (например, травм или инсультов). Однако среди ученых до сих пор не достигнуто согласие в понимании ведущей симптоматики при шизофрении. Общепризнанным является положение о своеобразных нарушениях личности и мышления при данном расстройстве.

Немецкий психиатр Э. Крепелин использовал латинский термин *dementia praecox* для обозначения группы состояний, обладающих общей особенностью, а именно психической деградацией, начинающейся в молодом возрасте. Но более удачный термин ввел швейцарский психиатр Е. Блейер в 1911 году: он использовал слово *schizophrenia* (расщепленный разум), так как полагал, что это расстройство характеризуется дезорганизацией процессов мышления, отсутствием его последовательности, безэмоциональностью и уходом внутрь (оторванностью) от реальности. При шизофрении наблюдается раскол внутри интеллекта, между



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



73

Назад

Закрыть

интеллектом и эмоциями, между интеллектом и внешней реальностью.

Таким образом, шизофрения является болезнью, поражающей человека в трудоспособном возрасте, в период его профессиональной, социальной и личностной зрелости.

Эпидемиология. В мире шизофренией страдают около 1% населения, и эта цифра составляет около 70 млн. человек самих заболевших. Следует учесть большое количество членов семей заболевших, которые также страдают при наличии в семье больного шизофренией. Распространенность шизофрении в мире существенно варьирует: количество случаев заболевания шизофренией в различных социальных группах и географических регионах может различаться в 2–3 раза. Эти колебания могут быть объяснены только с точки зрения социально-культурных различий между регионами.

В этиологии шизофрении участвует множество факторов: генетические, морфологические, биохимические, психосоциальные. Их различное сочетание обуславливает и разнообразие картины болезни. В исследованиях *этиологии* шизофрении доказан факт участия генетических факторов в ее дебюте проявления. Однако наследуется не само заболевание, а предрасположенность к ней. Нейрофизиологические и биохимические исследования у больных шизофренией показали изменения в структуре и функционировании головного мозга. Например, установлено уменьшение объема височных долей мозга, увеличение объема желудочков мозга и т.п.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



74

Назад

Закрыть

Необходимо дополнительно учитывать негенетические факторы, повышающие вероятность того, что из предрасположенности разовьется болезнь. К психосоциальным этиологическим факторам относятся преморбидные условия социализации (так называемое «коммуникативное расстройство» в семье пациента, которое проявляется в значимом снижении коммуникативных связей между членами семьи, а также отвергающий аффективный стиль воспитания ребенка в семье). Значимым этиологическим фактором является пережитые пациентом тяжелые стрессовые ситуации, к которым он не смог адаптироваться. При наличии предрасположенности к шизофрении неспособность адаптироваться к изменяющимся социальным условиям может привести к манифестации и самого заболевания.

Наиболее интересным с научной точки зрения является случай заболевания шизофренией, который называется «четыре сестры Гинейн». У четырех близнецов, генетически идентичных женщин, манифестировала шизофрения в возрасте после 18 лет. Однако шизофренические расстройства у них различались по степени тяжести, продолжительности и конечному результату. Не вызывает сомнения тот факт, что эти различия следует приписать влиянию окружающей среды, семейному воспитанию, а также отношениям девочек между собой [15, с. 786–788].

Дебют (или начало первых симптомов) шизофрении чаще относится к возрасту 20–24 года у мужчин и 25–29 лет у женщин. Хотя дебют возможен и в другие возрастные периоды, но это наблюдается значи-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



75

Назад

Закрыть

тельно реже. Многие исследователи полагают, что мужчины страдают более тяжелыми формами заболевания по сравнению с женщинами.

Прогноз шизофрении на современном этапе развития медицинской помощи неутешителен, хотя для разных случаев он различается. Путем опытных наблюдений определено эмпирическое «правило трех частей» относительно прогноза при шизофрении:

→ у одной трети больных прогноз довольно благоприятный, они остаются функциональны в социальной сфере, в значительной степени восстанавливаются после лечения, могут выполнять нетяжелую работу;

→ одна треть больных остаются менее функциональными, у них проявляется больше симптомов, они регулярно принимают лекарства и периодически госпитализируются для лечения;

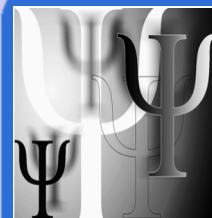
→ еще одна треть больных полностью выводится из строя болезнью, практически постоянно находясь в стационаре и принимая специальное лечение.

У всех больных после 40 лет состояние улучшается. Вероятность менее тяжелого случая шизофрении определяется следующими факторами:

→ нормальное функционирование до болезни (работа, учеба, нормальные отношения с людьми, наличие разнообразных интересов, сформированные социальные и профессиональные навыки);

→ начало болезни в более раннем возрасте;

→ неожиданность появления симптомов шизофрении; как бы в от-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



76

Назад

Закрыть

вет на какое-либо событие (прогноз менее благоприятен, если симптомы возникают постепенно, без видимых причин);

→ отсутствие в роду тяжелых психических заболеваний;

→ сочувствующая, оказывающая поддержку семья;

→ отсутствие у больного симптомов, ведущих к опасному или анти-социальному поведению.

Клиническая картина шизофрении. Еще со времен Э. Блейера принято выделять две общих группы симптомов, или синдрома, которые называются позитивными и негативными синдромами. К *позитивным симптомам* относятся такие, которое что-то добавляют (то есть со знаком плюс) к обычному нормальному поведению человека, например, спутанность эмоций, двигательное возбуждение, бредовая интерпретация событий и явлений, галлюцинации, однообразные стереотипные странные формы поведения. *Негативные симптомы*, наоборот, свидетельствуют об отсутствии каких-либо признаков или свойств у человека по сравнению с обычными его проявлениями (то есть со знаком минус). К ним относятся дефицит эмоциональной выразительности, коммуникативной речи или реакции человека на события окружающей среды, бедность речи и движений, асоциальность, а также снижение активности, мотивации и интересов, значительные нарушения когнитивной сферы. Преобладание негативных симптомов в клинической картине болезни имеет более неблагоприятное прогностическое значение.

Классификация шизофрении восходит еще к работам Э. Крепелина,



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



77

Назад

Закреть

немецкого психиатра, основоположника систематической классификации психических болезней, который выделил 3 формы, или типа:

→ гебефренический (дезорганизованный) тип характеризуется разорванностью мышления, уплощенностью и неадекватностью эмоций и дезорганизованным поведением;

→ кататонический тип характеризуется в первую очередь расстройствами психомоторики;

→ параноидный (паранойяльный) тип отличается доминированием бредовых идей или слуховых галлюцинаций.

В настоящее время классификации стали несколько более развернутыми, хотя выделенные Э. Крепелином типы в них сохраняются. Так, в американской диагностической классификации DSM-IV перечислены пять типов шизофрении.

Недифференцированный тип – набор симптомов представляет собой быстрое изменение всех индикаторов шизофрении, обычно наблюдаются признаки недоумения, замешательства, эмоциональной спутанности, бред отношений, возбуждение, сонливый аутизм, депрессия и страх. Такой разнообразный набор симптомов иногда называют «картиной для мусора».

Параноидный тип – доминирует абсурдный, алогичный и изменчивый бред, который часто сопровождается яркими галлюцинациями, что приводит к нарушению критичности, к непредсказуемому и часто опасному поведению. Присуща меньшая дезорганизованность поведения и



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



78

Назад

Закрыть

меньшая степень отчуждения в социальных взаимодействиях по сравнению с другими типами шизофрении.

Кататонический тип характеризуется периодами крайнего отчуждения и крайнего возбуждения, хотя может преобладать и одна из этих реакций. При реакции отчуждения наблюдается резкая утрата активности и тенденция к сохранению неподвижности в одной и той же позе на протяжении нескольких часов или даже дней. Может резко наступить оживление: больной не к месту говорит или кричит, быстро ходит, демонстрирует импульсивное и избыточно активное поведение.

Дезорганизованный тип часто развивается в более раннем возрасте, чем остальные типы шизофрении и выражается в более тяжелой дезинтеграции личности. Нарушения и притупление эмоций обычно проявляются в неуместном смехе или печали, специфических манерах и необычном, иногда непристойном поведении.

Остаточный тип — мягко выраженные признаки шизофрении, демонстрируемые больными в состоянии ремиссии после шизофренического эпизода.

При патопсихологическом исследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные диагностически значимые изменения мышления, перцептивной деятельности и аффективно-личностных свойств.

Нарушения восприятия отражают нарушения мышления. Больной шизофренией выглядит неспособным классифицировать и перерабатывать огромный массив поступающей сенсорной информации, что вполне



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



79

Назад

Закрыть

доступно обычному человеку. Возможности человека с шизофренией переработать сенсорный поток информации значительно меньше по сравнению с требуемыми. Это можно проиллюстрировать следующими высказываниями: «Кажется, что все выливается на меня сразу», «Мои нервы кажутся сверхчувствительными, предметы слишком яркими, шум слишком громким», «Вещи выглядят так живо, и все это обрушивается на меня как вода, прорвавшая дамбу».

Наиболее типичным нарушением восприятия при шизофрении являются *галлюцинации* — ложные восприятия действительности, которые по модальности могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными. Например, человек слышит голоса, которые комментируют поведение или мысли человека, а также управляют его поведением, причем он абсолютно убежден в истинности данных голосов, в их реальном существовании, хотя слышит их только он сам.

Нарушения мышления при шизофрении настолько специфичны, что их рассматривают как главный признак при постановке диагноза. Вот как описывает состояние своего мышления больной: «Мне кажется, что ничего не может остановиться, мысли скачут в моей голове и распадаются на части, распадаются на куски мыслей и образов, как разорванная картина. И все выходит из-под контроля». Ассоциативные нарушения (или расстройство формального мышления) при шизофрении не связаны с низким интеллектом, низким уровнем образования или отсутствием культуры. При данном нарушении, которое называют когнитивным



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



80

Назад

Заккрыть

скольжением, соскальзыванием, непоследовательностью мышления, пациент не может выразить смысл, несмотря на использование семантических и синтаксических правил. Слушатель не может понять смысл сказанного. Пример такого высказывания: «Я также «убил» мою бывшую жену в сексуальной схватке, продолжавшейся 3 часа в Девоне, штат Пенсильвания, в 1976 году, в то время как чета Пинкертонов находилась в стенном шкафу в соседней комнате, слушая все происходящее. Пожалуйста, найдите мою урологическую карту, вложенную в письмо, где указано, что я способен к нормальным отношениям с любой женщиной, которая подписана доктором и который в 1982 году делал мне обрезание. Вывод: «Я не могу быть неудачником в физическом смысле, хотя общество кормит меня химикатами за мою картину в дурацкой книге». Такие особенности обозначают нарушения логического хода мышления, самого процесса мышления.

Если в суждениях больных преобладают случайные, несущественные ассоциации, актуализируются «слабые», случайные признаки предметов и явлений, то их рассуждения носят характер «резонерства», или бесплодного мудрствования. Особенно это заметно при выполнении больным задания на определение понятий. Вот пример резонерства: «Пальто — предмет элегантности, которая подчеркивает вкус носящего. Кроме того, иногда пальто защищает от холода и атмосферных влияний. Дружба — это ассоциация нескольких взаимно одинаково развитых людей. В противном случае, они, если дружащие находятся в неодинаковой ста-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



81

Назад

Закрыть

дии развития своего интеллекта, не будут друг друга понимать, и дружба превратится в недружелюбие».

Характерной особенностью процесса мышления больных с шизофренией является *искажение процесса обобщения*. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений и предметов, поэтому их суждения становятся бессодержательными, выхолощенными. Они сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной. Речь только мешает больным правильно выполнять задания. Словесно-логические связи мало опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений, а слово не является инструментом для обобщения. Эти особенности легко выявляются при исследовании процессов классификации. Так, распределение картинок на группы проводится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений либо по несущественным, необычным, неадекватным признакам. Например, в одну группу больной объединяет мак и жук, а в другую морковь, гусь, тетрадь, лошадь. Отдельные группы подбираются по количеству букв в словах: пила, рыба, коза, слон; в одну группу объединяются предметы, имеющие лишь множественное число и т.п.

При обследовании больных с помощью методики «Исключение лишнего» у больных обнаруживаются явления *разноплановости мышления*. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах, один



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



82

Назад

Закрыть

из которых может оказаться и правильным. Так, больной решает задачу двояко: «Можно объединить монету, будильник и карманные часы и выделить стенные часы, так как они граненой формы. А можно выделить монету — это все часы по производству, а это деньги. Все зависит от постановки вопроса. Если по форме, то первое решение, а если по производству, то второе».

Нарушение содержания мышления включают типичный бред или ложные убеждения. Наиболее распространенным вариантом бреда является убеждение в том, что мысли, чувства, действия самого больного контролируются извне, что враждебные силы вкладывают чужеродные мысли в мозг, что некие таинственные организации крадут мысли, что кто-то намеренно причиняет пациенту вред. Такое содержание мышления называется «бредом отношения» или «бредом преследования».

Патопсихологическая характеристика маниакально-депрессивного психоза (циклотимическое расстройство, аффективное биполярное расстройство)

Маниакально-депрессивный психоз — эндогенное психическое заболевание, которое протекает в виде аффективных фаз, разделенных светлыми промежутками. Аффективные фазы различаются между собой по знаку эмоций и по степени активности человека. В маниакальной фазе у человека приподнятое настроение и высокий уровень активности, в то время как при депрессивной фазе активность и настроение резко



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



83

Назад

Закрыть

снижены. Именно поэтому маниакально-депрессивный психоз называют также аффективным расстройством, ибо оно свидетельствует о нарушениях в эмоциональной сфере человека, а эмоциональное состояние человека может быть на двух противоположных полюсах, поэтому данное расстройство еще называют и биполярным.

Для того чтобы представить себе человека, страдающего маниакально-депрессивным психозом, можно посмотреть голливудский художественный фильм «Мистер Джонс», главную роль в котором играет Ричард Гир.

Продолжительность фаз мании и депрессии, частота их смены, продолжительность светлых промежутков, степень выраженности нарушений эмоциональной сферы в разных фазах определяют разные варианты маниакально-депрессивного психоза.

Депрессия предполагает ощущение исключительной печали и подавленности. Для депрессии характерны повышенная утомляемость или потеря энергии, бессонница или чрезмерно длительный сон, пониженный аппетит и значительное снижение веса вне связи с диетой, замедление умственной и физической деятельности, сниженная способность к мышлению и концентрации, самоуничтожение. В фазе *депрессии* выделяются следующие варианты, которые могут быть стадиями развития болезненного процесса:

1. Циклотимическая депрессия (субдепрессия) отличается преобладанием явлений субъективного неблагополучия, дискомфорта, изменен-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



84

Назад

Закреть

ного самоощущения. Это самая легкая степень гипотимии (сниженного настроения). Больные сохраняют прежний образ жизни, но жизнедеятельность уменьшается в объеме и продуктивности. Особую роль приобретают личностные реакции на болезнь, что иногда приводит к суицидальным тенденциям при внешне неглубокой депрессии.

2. При утяжелении гипотимии наблюдается синдром простой циркулярной депрессии, при котором депрессивные идеи доступны коррекции, по крайней мере, у больного можно вызвать сомнения в их правильности. Нередки суицидальные мысли. Колебания настроения носят суточный характер: утром настроение хуже, а к вечеру оно улучшается.

3. Меланхолическая парафрения чаще возникает в позднем возрасте и характеризуется фантастичностью депрессивных бредовых идей (самообвинение, греховность, самоуничужение, ипохондрия).

4. Бредовая депрессия — на этой стадии депрессивные идеи носят характер бредовых, в их свете больной даже может переоценивать свою биографию. Для человека характерно ожидание неминуемой кары за свои вымышленные или ретроспективно усиленные провинности.

Состояние мании подразумевает чрезмерное возбуждение, ликование, эйфорию. Нередко это состояние сопровождается завышенным самомнением или величием, а также допущением собственного могущества. К этому часто присоединяются периоды сильнейшей раздражительности. В фазе мании возможны следующие варианты состояний человека, которые также могут рассматриваться и как стадии болезненного процесса:



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



85

Назад

Закрыть

→ циклотимическая мания — характерно повышение психического и физического тонуса, хорошее настроение, повышена активность, усилено стремление к деятельности;

→ простая мания — характерна гипертимия (повышенное настроение), связанные с ним особенности познавательной деятельности, самооценки, поведения носят клинически отчетливый характер;

→ развернутая психотическая мания — на этой стадии образуются идеи величия, когда болезненные явления становятся стабильными и непоколебимыми.

Патопсихологическое исследование больных с маниакально-депрессивным психозом выявляет характерные особенности познавательной и эмоционально-волевой сфер.

Так, на маниакальной стадии наблюдаются симптомы ускоренного (лабильного) мышления, и на первый план выступают нарушения динамики мыслительных процессов, при этом снижения уровня обобщения не отмечаются. Характерна поверхностность суждений, в которой учитываются не все признаки обсуждаемых предметов или явлений и протекающих с пропусками промежуточных звеньев рассуждений. В процессе рассуждения у больного постоянно возникают побочные ассоциации. Непродуктивность мышления связана с психологическим дефицитом, который образуется в связи с недостаточностью предпосылок интеллекта, в первую очередь, неустойчивости активного внимания и повышенной психомоторной активности. Сочетание неустойчивого внимания, об-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



86

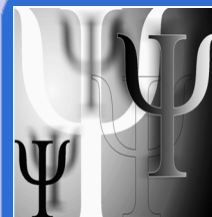
Назад

Закрыть

легченного образования ассоциаций, ускоренного течения мыслей приводит к своеобразным нарушениям речи. Так, отдельные высказывания не связаны какой-либо общей идеей, характерны случайные ассоциации, нередко по созвучию слов. Объектом рассуждений больного становится любой предмет, на который он обратил внимание в данный момент времени.

Для больных на маниакальной стадии характерна «скачка идей», при которой мысли так быстро сменяют друг друга, что это со стороны воспринимается как непрерывный словесный поток. Но в отличие от шизофренической разорванности мышления у больного в маниакальном состоянии можно уловить последовательность мыслей, хотя и редуцированных, не доведенных до конца, которые связаны поверхностными связями. Ускоренное мышление в силу своей неустойчивости может характеризоваться утратой объекта рассуждения. Речь при скачке идей отражает хаотичность и повышенную изменчивость целенаправленности мыслительных процессов, высокую отвлекаемость больного.

На стадии депрессии для больных характерна общая замедленность деятельности как физической, так и умственной.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



87

Назад

Закреть

Лекция 7. Клинико-психологическая характеристика олигофрении и дементивных расстройств

Олигофрения и дементивные расстройства относятся к таким расстройствам, главным симптомом которых является *умственная отсталость*.

Под умственной отсталостью понимают состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется, главным образом, проявляющейся в период созревания недостаточностью способностей, определяющих общий уровень интеллекта, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных. Отсталость может наблюдаться в сочетании с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без подобного сочетания. Вместе с тем лица с умственной отсталостью могут страдать любыми без исключения психическими расстройствами, частота которых у них, по меньшей мере, в 3–4 раза выше, чем в обычной популяции. Кроме того, умственно отсталые лица подвергаются большему риску эксплуатации, а также риску физического или сексуального насилия. Адаптивное поведение у них всегда нарушается, однако в социальных ситуациях, обеспечивающих защиту и доступность поддержки, это нарушение у больных с легкой умственной отсталостью может совсем не обнаруживаться.

Существуют *три диагностических критерия* умственной отстало-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



88

Назад

Закреть

сти:

- 1) клинический критерий — наличие органического поражения головного мозга,
- 2) психологический критерий — стойкое нарушение познавательной деятельности,
- 3) педагогический критерий — низкая способность к обучению и усвоению знаний.

В американской научной школе изучения умственной отсталости для диагностики данного заболевания используется понятие адаптивного поведения. *«Адаптивное поведение* определяется как эффективность, с которой индивид приспосабливается к естественным и социальным требованиям окружающего мира, что проявляется в степени его самостоятельности и соответствия требованиям личной и социальной ответственности».

Кроме понятия адаптивного поведения используется и понятие адаптивных навыков. Термин *«адаптивные навыки»* включает учет как слабых, так и сильных сторон личности в процессе адаптации. *При умственной отсталости у человека наблюдается недостаточность адаптивного поведения и адаптивных навыков.* Выделены и описаны 10 основных областей адаптивных навыков, в которых может проявляться дефицит при умственной отсталости.

1. *Коммуникация* — понимание и выражение информации посредством символического поведения, устная, письменная речь, орфогра-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



89

Назад

Закрыть

фия, графические символы, язык жестов, печатный язык по Брайлю или несимволического поведения (выражение лица, телодвижения, прикосновения).

2. *Самообслуживание* — туалет, умение правильно есть, одеться / раздеться, соблюдение личной гигиены, опрятность.

3. *Возможность жить в домашних условиях* — умение одеться / раздеться, вести хозяйство, бережно относиться к собственности; умение готовить, планировать и вести бюджет, соблюдать правила безопасности в доме, планировать распорядок дня. Сопутствующие навыки: возможность ориентироваться в доме, в ближайших окрестностях; правильно вести себя дома и вне дома; возможность обосновать свой выбор, вступить в социальное взаимодействие, применять знания в домашних условиях.

4. *Социальные навыки* предполагают умения: вступить в беседу, провести и закончить ее, адекватно реагировать на замечания в контексте ситуации, чувствовать настроение собеседника, осуществлять позитивную и негативную обратную связь, регулировать свое поведение, уметь выделять сверстников и общаться с ними; регулировать меру и тип взаимоотношений с окружающими; искать и находить помощь, а также оказывать помощь окружающим; развивать в себе чувство дружбы и любви; справляться с требованиями окружающих, уметь делать выбор; иметь понятие о честности и справедливости, уметь владеть собой, вести себя законопослушно, соблюдать правила и законы, демонстрировать адек-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



90

Назад

Закрыть

ватное социальное и сексуальное поведение.

5. *Умение жить в микросреде*, т.е. использовать надлежащим образом ресурсы микросообщества: умения передвигаться, делать покупки, пользоваться услугами различных служб (газ, ремонт обуви, обращение за помощью к врачу), пользоваться общественным транспортом и местами общественного пользования (школы, библиотеки, парки, зоны отдыха, улицы); посещать театры и другие культурные места и мероприятия.

6. *Самонаправленность личности* — умение делать выбор, учиться планировать свои действия, следовать плану; инициировать виды деятельности, адекватные месту, условиям, расписанию, личным интересам; завершать необходимые или требуемые задания, искать и находить в случае необходимости помощь, решать проблемы, возникающие в знакомой и новой ситуациях, демонстрировать надлежащие навыки осторожности и самозащиты.

7. *Здоровье и безопасность* включают умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, своевременно распознать наступление болезни, грамотно принимать лекарство и проводить элементарную профилактику заболеваний, знать основы оказания первой помощи, знать и соблюдать правила безопасности (пользоваться ремнем безопасности в машине, соблюдать правила при переходе улицы, вступать в диалог с незнакомыми людьми); искать и находить помощь, проходить регулярные медицинские осмотры; воспитывать положительные привычки.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



91

Назад

Закрыть

8. *Функциональная успеваемость* — интеллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отношение к жизни: письмо, чтение, базовые математические понятия, естествоведческие знания об окружающем мире, здоровье и сексуальности; география, общественные науки. Важно отметить, что цель данного аспекта адаптивных навыков не успеваемость от класса к классу, а приобретение академических навыков, необходимых для обеспечения независимой и самостоятельной жизни в дальнейшем.

9. *Проведение досуга* предполагает умения разнообразить досуг (самостоятельно и совместно), отражающий личные предпочтения; если мероприятие является публичным, выбирать досуг по возрасту и соблюдать культурные нормы; выбор и самоиницирование интересов, умения проводить досуг дома и в обществе (самостоятельно и совместно); вступать в социальное взаимодействие с окружающими во время игры, соблюдать очередность, заканчивать или отказываться от различных видов досуга, продлевать свое участие и расширять спектр интересов, их осознание. Сопутствующие навыки: адекватное поведение в местах проведения досуга, коммуникативный выбор и потребности участия в социальном взаимодействии, применение академических навыков и демонстрация навыков мобильности.

10. *Работа* — навыки, связанные с возможностью работать полный/неполный день в микросообществе, применять специфические рабочие навыки; демонстрировать адекватное социальное поведение и со-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



92

Назад

Закреть

ответствующие сопутствующие навыки: последовательно выполнить и завершить работу, совершенствовать рабочие навыки, применять их на практике, готовить к работе рабочее место, общаться и взаимодействовать с коллегами, владеть собой на работе, адекватно реагировать на критику; распоряжаться деньгами и уметь их распределять.

Умственную отсталость подразделяют на следующие виды:

→ умственная отсталость как *результат врожденных или рано приобретенных поражений головного мозга*, то есть умственная отсталость при олигофрении;

→ умственная отсталость как *результат приобретенных поражений головного мозга после периода нормального развития ребенка*, то есть умственная отсталость при деменции;

Этиология олигофрении. Олигофрения является результатом грубого органического поражения головного мозга в раннем эмбрио- и онтогенезе. Поражения мозга происходят в период внутриутробного развития ребенка, а также в первые месяцы жизни ребенка. Патопсихологическая структура дефекта при олигофрении описывается М.С. Певзнер, которая считает, что основными признаками развития детей с олигофренией являются: недостаточность познавательной деятельности при стойкой дефицитарности абстрактного мышления в сочетании с нарушенной динамикой (инертностью психических процессов). При олигофрении, в первую очередь, отмечается *стойкое необратимое* нарушение познавательной деятельности.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



93

Назад

Закрыть

Два основных закона олигофрении формулирует Г.Е. Сухарева: закон тотальности и закон иерархичности недоразвития. Закон *тотальности недоразвития* гласит, что в состоянии недоразвития находятся все функции — соматические, моторные, психические. Другими словами, уровень развития всех функций оказывается сниженным таким образом, что уровень развития ребенка равномерно снижен относительно возрастной нормы, а возрастная динамика психического развития отличается крайне низким темпом, направленные положительные изменения психических функций происходят очень медленно.

Иерархичность недоразвития при олигофрении проявляется в том, что в каждой психической функции будет страдать ее высший уровень, в то время как низший уровень будет страдать в меньшей степени. Таким образом, закон *иерархичности недоразвития* гласит, что недоразвитие высших форм психической деятельности более выражено по сравнению с недоразвитием более простых, элементарных функций.

Классификации олигофрении различаются в зависимости от того, по какому критерию проводится разделение детей на группы. Наиболее известная классификация строится на основе критерия выраженности дефекта, степени умственной отсталости. По этому критерию в 9-м пересмотре международной классификации болезней (МКБ-9) выделялись следующие 3 вида олигофрении в порядке уменьшения степени умственного отставания: идиотия, имбецильность, дебильность. Еще Э. Крепелин, один из основоположников учения о слабоумии, считал, что сла-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



94

Назад

Закрыть

боумие — это не просто отставание от норм развития, а своеобразное, патологическое развитие. Критерием той или иной степени дефекта он считал меру соответствия патологического развития нормальному. Он полагал, что при идиотии патологическое развитие взрослого человека соответствует состоянию нормального ребенка в возрасте от 1 до 6 лет, при имбецильности — возрасту от 6 до 14 лет, при дебильности — возрасту от 14 до 18 лет.

В 10-м пересмотре этой классификации (МКБ-10) выделяется уже 4 вида олигофрении, и имеют они другие названия: глубокая умственная отсталость, тяжелая умственная отсталость, умеренная умственная отсталость, легкая умственная отсталость, умственная отсталость. На основе психометрических исследований, направленных на измерение коэффициента интеллекта, умственную отсталость подразделяют на 4 вида в соответствии с показателями IQ.

Глубокая умственная отсталость (идиотия по МКБ-9) — 5 % всех умственно отсталых детей — представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении, при которой имеется грубое нарушение всех функций, в том числе сенсорных и перцептивных. Мышление практически отсутствует, речь может представлять собой набор нечленораздельных звуков либо звукокомплексов. В обращенной речи ребенок способен уловить интонацию, но не общий смысл. С ними возможны лишь самые простые формы невербальной коммуникации. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями и выражают собственное состо-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



95

Назад

Закреть

ание ребенка, свидетельствуют о его комфорте или дискомфорте. Формы выражения эмоций примитивны, они выражаются в крике, гримасах, двигательном возбуждении. При легких степенях идиотии возможна привязанность к ухаживающим людям, общая ориентировка в пространстве (узнают, где их дом, квартира, где принимают пищу, куда ходят на прогулку и т.п.). Навыки самообслуживания фактически не формируются. Поведение направлено на удовлетворение элементарных физиологических потребностей или ограничивается реагированием на внешние стимулы.

Тяжелая умственная отсталость и тяжелая степень умеренной умственной отсталости (имбецильность по МКБ-9) – 20 % всех умственно отсталых детей. Характеризуется меньшей выраженностью слабоумия. У детей имеется ограниченная способность к накоплению некоторого запаса представлений, сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций. Доступно понимание и произнесение простых слов элементарных фраз. Формируются простейшие навыки самообслуживания. В эмоциональной сфере обнаруживается переживание обиды, насмешек, общее понимание своей ограниченности. В более легких случаях дети могут обучиться элементам чтения, письма, счета, но на это требуется много времени и большое число повторений, однако они не могут или могут очень ограниченно использовать приобретенные навыки. Детям доступен также простой физический труд. Они способны к внешней подражательности движениям и действиям другого



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



96

Назад

Закрыть

человека, поэтому могут освоить действия в быту и по самообслуживанию (подметать пол, мыть посуду). Дети также могут освоить элементы рисования, но их рисунки схематичные, они сделаны по подражанию, они рисуют упрощенные схемы реальных предметов. Дети направляются на обучение во вспомогательную школу (II отделение), где они обучаются по специальной программе. Люди с умеренной умственной отсталостью нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. В зрелом возрасте некоторые из них способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора.

Легкие степени умеренной умственной отсталости, легкая умственная отсталость (дебильность по МКБ-9) – 75 % всех умственно отсталых детей. Наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Дети способны ориентироваться в простых практических ситуациях, они овладевают навыками самообслуживания. Мышление у них имеет конкретно-образный характер, доступна фразовая речь, иногда неплохая механическая память. Дети направляются на обучение во вспомогательные школы. В пределах определенной им программы обучения они овладевают навыками чтения, письма, счета, знаниями об окружающем, получают сильную профориентацию. Эти дети обучаются во вспомогательных школах, осваивают специальную школьную программу. В дальнейшем они могут стать социально адаптированными, а также найти работу в соответствии со своим возможно-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



97

Назад

Закрыть

стями. Работают малярами, переплетчиками, слесарями-ремонтниками низких разрядов, сапожниками, швеями, уборщицами, подсобными рабочими, сельскохозяйственными рабочими. Как правило, дети трудолюбивы, но малоинициативны, нуждаются в присмотре и помощи других работников.

Клинико-психологическая характеристика деменции и дементивных расстройств

Деменция (F00-F03) является стойким снижением познавательной деятельности и утратой уже приобретенных знаний и навыков. Последствия ее в значительной степени обусловлены возрастом больного и причинами, вызвавшими дисфункцию мозга. Количественные потери тех или иных психических функций, а также качественная специфика возникших в рамках деменции сопутствующих расстройств, их окраска напрямую связаны со степенью развития функциональных аппаратов мозга, вовлеченных в патологический процесс, с уровнем, на котором они реализуются. Деменция как диагноз выставляется в случае патологии мозга, возникшей только после трехлетнего возраста.

Систематика и классификация органической деменции представляет значительные сложности. Это связано с тем, что выделяется множество факторов, которые приводят к сложной клинико-психологической структуре нарушений психической деятельности. Классификация проводится по следующим критериям:



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



98

Назад

Закрыть

→ критерий *динамики болезненного процесса*: резидуальная и прогрессирующая деменция;

→ *этиологический* критерий: эпилептическая, постэнцефалическая, травматическая, ревматоидная и т.д.

→ критерий *специфики клинико-психологической структуры*, или ведущего патопсихологического синдрома.

По первому критерию деменция классифицируется на два основных вида: *резидуальная* (остаточная) и *прогрессирующая*. *Резидуальная* деменция является результатом однократного патологического действия вредности на мозг: патологические изменения в головном мозге уже привели к изменению психических функций, к их распаду, однако дальнейшего распада функций уже не происходит. Деменция в этом случае представляет собой остаточный результат повреждения мозга. *Прогрессирующая деменция* наблюдается в случаях продолжающегося патологического воздействия вредностей на головной мозг при текущем органическом процессе. Вредности могут быть эндогенными, генетически обусловленными, а могут явиться и следствием экзогенных вредностей. Прогрессирующая деменция становится следствием таких клинических состояний, как хронически протекающие воспалительные заболевания мозга (менингит, энцефалит), прогрессирующий опухолевый процесс тканей головного мозга, тяжелые формы эпилепсии, шизофрении, склероз тканей мозга, различные дегенеративные заболевания нервной системы. Во всех этих случаях происходит постоянное разрушение



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



99

Назад

Закрыть

нервной ткани мозга, а следствием этого является и распад психических функций. Распад психических функций также будет носить прогрессирующий характер, вплоть до полного распада психики.

Психические нарушения вследствие перенесенных воспалительных заболеваний головного мозга (менингитов и менингоэнцефалитов). Воспалительные заболевания головного мозга вызываются инфекционными агентами — болезнетворными бактериями и вирусами, которые, поселяясь в тканях оболочек или в веществе мозга, вызывают воспалительное заболевание. Воспаление проявляется в повреждении ткани, в возникновении отека в области воспаления и в размножении клеток, что приводит к появлению рубцов на ткани. Другими словами, вследствие воспалительных заболеваний возникает дефект вещества мозга и его оболочек, что изначально нарушает нормальное психическое и личностное развитие ребенка.

При органическом слабоумии вследствие перенесенного менингита и менингоэнцефалита наблюдается выраженное нарушение нейродинамики психических процессов, нарушения целенаправленности деятельности и выраженное нарушение критичности. В этих случаях могут возникнуть три основных вида слабоумия: 1) органическое слабоумие с грубым нарушением мыслительных операций; 2) задержка психического развития с нарушением предпосылок развития интеллекта (памяти, внимания); 3) психопатоподобное поведение с грубым нарушением эмоционально-волевой сферы.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



100

Назад

Закрыть

При эпидемическом энцефалите интеллект страдает лишь в более тяжелых случаях, чаще тогда, когда болезнь начинается в раннем возрасте. Но и при относительно сохранном интеллекте дети не могут учиться в школе, у них резко снижена активность, инициативность. Особенно страдает внимание: снижены его устойчивость, способность к переключению и распределению. При сохранном интеллекте обращает на себя внимание расхождение между способностью к осмыслению и отсутствием критического отношения к себе и окружающему, контраст между достаточно развитым суждением и грубо нарушенным поведением. Бросаются в глаза и резкая истощаемость интеллектуальной деятельности, эмоциональное оскудение, больные производят впечатление безразличных ко всему, ничем не заинтересованных людей. Однако у них нередки и взрывы раздражительности и импульсивности.

Часто наблюдаются и психопатоподобные расстройства в виде психомоторной расторможенности, бестактности, раздражительности, грубости, патологические влечения (воровство, поджоги, страсть к путешествиям, обжорство, злоупотребление алкоголем), снижена критичность по отношению к себе даже при формальной сохранности интеллекта. Нарушения эмоциональной сферы выражаются и в существовании различных страхов и навязчивых состояний, например, страх заразиться, заболеть, навязчивый счет, навязчивые движения и др.

Старческое (сенильное) слабоумие. Сенильное слабоумие чаще всего развивается у пожилых людей возраста 65–85 лет, хотя может раз-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



101

Назад

Закрыть

виться как раньше, так и позже. Начинается болезнь почти всегда медленно, малозаметно, но присутствуют характерологические изменения, напоминающие личностные сдвиги, которые свойственны естественному старению, но отличны от них выраженностью, быстрым прогрессированием и утрированностью. На начальном этапе происходит заострение индивидуальных психологических особенностей, но в дальнейшем это сглаживается. Наступают личностные патологические изменения, типичные для старческого слабоумия (сенильной психопатизации личности).

Распространенность. Сенильную деменцию относят к частым формам психопатологии позднего возраста. Около 5–10 % лиц возраста от 65 лет страдает старческим слабоумием. В более позднем возрасте риск развития заболевания возрастает. Среди больных сенильным слабоумием число женщин в два раза превышает количество мужчин. Прогноз сенильной деменции крайне неблагоприятен в связи с неизбежным возникновением глубокого слабоумия, маразма и смертью больных в пределах 8–10 лет от появления первых симптомов деменции. Несколько лучшим будет прогноз при позднем начале деменции (после 80–85 лет), когда темп нарастания слабоумия замедлен.

Причины развития заболевания. Геронтопсихиатры ставят сенильное слабоумие в разряд эндогенно-органических психических заболеваний, рассматривая его как выражение патологического старения мозга и организма в целом. Большая роль в развитии заболевания отведена наследственному фактору. Доказано, что риск возникновения се-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



102

Назад

Закрыть

нильного слабоумия у родственников больных существенно выше, чем у остальных. Частой причиной развития деменции в старости является *болезнь Альцгеймера*. Это прогрессирующее заболевание, характеризующееся постепенно нарастающим упадком психических функций человека с нарушением способности к пониманию окружающей обстановки и утратой навыков. Болезнь Альцгеймера может начаться в возрасте старше 50 лет, но чаще возникает после 70 и особенно после 80 лет. Реже в основе деменции лежит развитие других характерных для позднего возраста заболеваний. К ним относятся болезнь Пика, болезнь Паркинсона и некоторые другие редко встречающиеся заболевания.

Анатомическая основа болезни — диффузная атрофия коры головного мозга и сопутствующие ей морфологические изменения. При патологоанатомическом исследовании обнаружено уменьшение массы мозга до 1000 г и меньше, извилины истончаются, а борозды и желудочки мозга расширяются из-за внутренней гидроцефалии. Как показывают микроскопические исследования, число нервных клеток намного уменьшается. Морфологические сдвиги в нейронах часто обнаруживают и при макро- и микроскопических исследованиях головного мозга людей, которые умерли в старческом возрасте и не страдали сенильной деменцией. Но у них эти изменения носят не столь выраженный и регулярный характер.

Симптоматика. Больные в отношении характера становятся похожи, им присущ карикатурный эгоцентризм, они черствы, скупы, собира-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



103

Назад

Закреть

ют старые ненужные вещи. У таких людей пропадают былые интересы и увлечения, но при этом происходит расторможение элементарных биологических потребностей: аппетит неумеренно усиливается, проявляется гиперсексуальность в виде завышенного интереса к молодым людям противоположного пола, человек склонен к разговорам на тему эротики, иногда встречаются попытки развратных действий с подростками.

Душевная жизнь таких пациентов становится примитивной и однообразной, они зачастую угрюмы и раздражены. Уже в начале заболевания возникают симптомы мнестической и интеллектуальной недостаточности, со временем достигающей стадии глубокого слабоумия, когда происходит распад всей психической деятельности. Страдает сначала механическая память, затем развивается фиксационная амнезия, что приводит к дезориентировке во времени и месте. Намного позже расстраивается ориентировка в своей личности, что доходит порой до не узнавания своего отражения в зеркале. В дальнейшем развитие расстройств памяти происходит по закономерности прогрессирующей амнезии. Память теряет свои запасы, от недавно приобретенных умений и знаний, до более старых и автоматизированных. Постепенно память опустошается: больные не знают, где живут, есть ли у них дети, не знают свой возраст и профессию. Часто пробелы в памяти заполняются ложными воспоминаниями.

Нарушения мышления, которые начинаются с трудностей при обобщении, установлении причинно-следственной связи, постоянно нараста-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



104

Назад

Закреть

ют и приводят к непониманию простых вопросов, невозможности осмыслить окружающую обстановку. Достаточно долго речь остается упорядоченной, но впоследствии грубо расстраивается, превращаясь в болтливость. Восприятие становится расплывчатым и нечетким.

У некоторых пациентов возникает «сдвиг в прошлое», они совсем не помнят последние годы, десятилетия и большую часть жизни, но у них оживают воспоминания о далекой юности, молодости, что расценивается ими как происходящее вокруг. Больные твердят, что им 20 лет, что только вышли замуж и у них маленькие дети. Обстановка больничной палаты принимается за прежнюю квартиру, а в окружающих они узнают умерших родственников и старых друзей. Часто больные долго спят днем, а ночью страдают бессонницей, что сопровождается суетливостью и хождениями. Ночью возникают эпизоды ложной ориентировки и спутанного сознания, случаются попытки ухода, сбор вещей «в дорогу».

Поведение больных в начале слабоумия относительно упорядоченное, но со временем они все более суетливо-бестолковые, беспомощны в житейских делах, неспособны к самообслуживанию и неряшливы. Больные уходят из дома и не способны найти дорогу обратно, включают в жилье газ, совершают поджоги. Сенильная деменция протекает волнообразно или непрерывно-прогрессирующе. Некоторые больные могут дожить до стадии маразма, когда они практически неподвижны, безучастны, недоступны общению, лежат в эмбриональной позе, сохраняются лишь отдельные биологические потребности.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



105

Назад

Закрыть

Развитие деменции в пожилом и старческом возрасте чаще всего постепенное. Исключение представляют некоторые формы сосудистой деменции, обычно развивающиеся после перенесенного инсульта. Первым проявлением заболевания являются нарушения памяти на текущие события. Снижается способность к запоминанию, усвоение нового бывает неполным и нестойким. Человек становится рассеянным, текущие события в его переживаниях подменяются оживлением воспоминаний о прошлом. Как правило, ухудшается ориентировка во времени, нарушается представление о временной последовательности событий. Нарушения памяти почти всегда сопровождаются изменениями характера человека. Стираются присущие ранее личностные особенности. Он становится грубым, эгоистичным, появляются черты ригидности и необоснованное упрямство, вспышки возбуждения и гнева. В других случаях на первый план выступают апатия и бездеятельность. Человек становится пассивным, безразличным ко всему, вялым, малоподвижным. У некоторых пациентов изменения личности характеризуются появлением особой психической хрупкости, слабости, истощаемости, несдержанности.

По мере прогрессирования симптомы деменции становятся явными. Нарушается ориентировка, сначала во времени, затем — в пространстве, окружающей обстановке. Больные не могут назвать дату, месяц и год, нередко теряются на улице, не всегда понимают, где находятся, не узнают знакомых и близких людей. В далеко зашедших случаях нарушается ориентировка и в собственной личности. Больные не мо-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



106

Назад

Закрыть

гут назвать свой возраст, забывают ключевые факты жизни. Мышление становится все более обедненным. Постепенно теряется запас накопленных в жизни знаний. Воспоминания больных становятся все более неполными, путанными, неточными. Ошибки памяти нередко подменяются вымышленными событиями. Нарушается речь, значительно обедняется словарный запас. Постепенно речь все больше теряет смысл, в тяжелых случаях высказывания больных приобретают характер стереотипных фраз, обрывочных слов и слогов. Нарушаются привычные навыки: больные теряют способность пользоваться бытовыми приборами, не могут самостоятельно одеться, умыться. Осознанные действия подменяются стереотипным блужданием и бессмысленным собиранием вещей. Нарушается способность к счету, письму. При тяжелой деменции человек теряет способность существовать без посторонней помощи, его активность ограничивается бессмысленными криками и стереотипными движениями в пределах постели.

Нарушения памяти и высших психических функций при деменции сопровождаются нарушениями поведения. Эти пациенты часто бывают возбужденными, им свойственно немотивированное упрямство, что значительно затрудняет уход. Больные отказываются выполнять необходимые гигиенические процедуры, принимать пищу. В некоторых случаях, наоборот, наблюдается повышенный аппетит. Иногда в период возбуждения пациенты рвут белье, ломают вещи, бывают агрессивными. Нередко у больных деменцией наблюдаются и другие психические расстройства.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



107

Назад

Закрыть

ства: нелепые бредовые высказывания, ложные восприятия, затяжные депрессии.

Лечение и профилактика. Больным сенильной деменцией, прежде всего, необходимы наблюдение и уход. Им нужно обеспечить диетическое питание, а также требуется следить за тем, чтобы физиологические отправления были регулярными, а кожа чистой, добиваться двигательной активности и по возможности привлекать пациента к простым формам деятельности. Поведение больных нужно держать под постоянным контролем, поскольку они совершают опасные поступки.

Пока еще не разработана эффективная терапия старческого слабоумия, остановить этот процесс не удастся.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



108

Назад

Закреть

Лекция 8. Клинико-психологическая характеристика эпилепсии, травм и опухолей головного мозга

Эпилепсия – *хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание головного мозга, которое характеризуется периодически наступающими церебральными судорожными или бессудорожными приступами, или припадками.* Эпилептическая болезнь представляет собой группу различных по этиологии клинических форм, объединенных наличием общего патогенеза и клинических проявлений. В основе пароксизмальных судорожных состояний лежат структурные или функциональные нарушения в центральной нервной системе, обуславливающие чрезмерный электрический разряд нейронов. Такие нарушения чаще всего наблюдаются в мозговых структурах, которые характеризуются повышенной возбудимостью клеток и низким порогом судорожной реактивности, или судорожной готовностью. Другими словами, при эпилепсии в различных участках головного мозга имеется группа нервных клеток, обладающих высокой активностью и способностью накапливать (аккумулировать) большое количество возбуждающих нервных импульсов (так называемый эпилептический очаг), которые периодически молниеносно распространяются на другие отделы мозга (судорожный разряд) и вызывают припадок.

Этиология. Эпилептическая болезнь относится к заболеваниям, для



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



109

Назад

Закрыть

возникновения которых необходимо участие двух факторов: *экзогенного* и *эндогенного*. К экзогенным факторам относятся менингиты, энцефалиты, интоксикация, травмы головы и др. Для возникновения эпилептической болезни требуется не только воздействие вредности, но и особая предрасположенность, проявляющаяся в особой судорожной готовности головного мозга. Это предрасположение может быть наследственным, врожденным или рано приобретенным. Наследственное предрасположение проявляется не только в наличии у родственников судорожных припадков, но и в определенных конституциональных особенностях личности: особом темпераменте и комплексе характерологических черт, которые называют *эпилептоидностью*. К эпилептоидным чертам характера относят склонность к аффективным взрывам, недостаточную интеллектуальную и эмоциональную гибкость, чрезмерную аккуратность, исполнительность, чрезмерную настойчивость и бережливость до скупости, особую принципиальность. Эпилептоидные личности легко вступают в конфликты с окружающими, бывают гневливыми, раздражительными, иногда жестокими. Наличие эпилептоидных черт свидетельствует о наследственной предрасположенности к эпилептической болезни.

Врожденная предрасположенность обусловлена патологией внутриутробного развития, гипоксией плода. Приобретенная предрасположенность связана с родовой травмой, перенесенными в раннем возрасте инфекциями головного мозга. В возникновении эпилепсии главную роль играет не наследственный фактор, а органическое поражение головного



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



110

Назад

Закрыть

мозга, и особенное значение придается поражению головного мозга до рождения ребенка и во время родов.

Течение эпилептической болезни отличается большим разнообразием клинических проявлений, которые зависят от мозговой локализации эпилептогенного очага, а также от частоты и характера припадков. Большое значение имеет также и возраст дебюта заболевания. По данным М.И. Гуревича, эпилептическая болезнь при ее начале в детском возрасте чаще приводит к тяжелому слабоумию.

Кроме судорожных припадков у больных наблюдаются специфические особенности мышления, эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Это проявляется в общей психической тугоподвижности, вязкости мышления и аффекта в сочетании со склонностью к застреванию на малозначительных деталях, неспособности в выделении главного, трудности интеллектуальной переключаемости, выраженной замедленностью речи. В интеллектуальной сфере для больных характерны склонность к детализации, застревание на второстепенных деталях, затруднения в переключении от одного вида деятельности или объекта на другой, трудности усвоения нового, сужение объема внимания. Для эпилептического слабоумия характерны также своеобразные нарушения памяти с лучшим сохранением в памяти событий, касающихся личных интересов больного. При быстром течении эпилептического процесса слабоумие резко нарастает.

Аффективная сфера характеризуется полярностью эмоций (сочета-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



111

Назад

Закреть

ние склонности к экзальтации, ласковости со злопамятностью и мстительностью), выраженной напряженностью аффекта и легко возникающими вспышками ярости и гнева. Аффективные нарушения у этих больных в значительной степени способствуют дисгармоничному развитию личности и нарушению поведения. Больные с эпилепсией вследствие резкой взрывчатости, склонности к агрессии могут представлять опасность для окружающих. Характерными для больного с эпилепсией являются злопамятность и мстительность, а также выраженные эгоцентрические установки личности, в поведении типичны скупость и педантизм. Такие люди отличаются злопамятностью, мстительностью и одновременно слащавостью и прилипчивостью по отношению к другим людям.

При прогрессировании заболевания психопатологические симптомы нарастают. Заостряются типичные эпилептические черты, и формируется личность эпилептоидного склада, для которой характерны злобность, гневливость, раздражительность, биполярность в поведении. В поведении наблюдается двигательная расторможенность, повышенная возбудимость, повышенная отвлекаемость, резкое снижение памяти.

Среди *эпилептических расстройств настроения* самая распространённая форма — *дисфории*. Они характеризуются сочетанием тоски, злобы, беспричинного страха. В зависимости от преобладания того или иного вида аффекта различают меланхолический (тоска), эксплозивный (злоба), анксиозный (тревога, страх) варианты дисфорий.

При *эксплозивном* варианте больные крайне напряжены, испытыва-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



112

Назад

Закрыть

ют раздражение происходящим вокруг, всем недовольны, придираются к окружающим, конфликтуют с ними, совершают разрушительные действия, направленные против окружающих, или причиняют боль себе. Нередко жалуются на непреодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить собой. Для *анксиозных* (тревожных) вариантов дисфорий характерны состояния, близкие к паническим атакам, со страхом смерти, страхом сойти с ума, другими опасениями. При этом больные испытывают головокружение, слабость, сердцебиение, тахикардию, тремор, повышенное потоотделение, ощущение удушья и нехватки воздуха, чувство жара или холода. При *меланхолических* (тоскливых) вариантах дисфорий отмечается подавленное настроение с жалобами на двигательную заторможенность, трудность сосредоточиться, невозможность осмыслить вопросы окружающих, понять происходящее. В редких случаях наблюдаются состояния повышенного настроения, сопровождающиеся восторженностью, приподнято-экстатическим настроением, экзальтацией, иногда с чертами дурашливости, паясничания.

Нарушения сознания при эпилепсии. Для сумеречного помрачения сознания характерны критерии, сформулированные К. Ясперсом в 1911 г.: отрешённость от окружающего мир, дезориентировка во времени, месте, окружающем, непоследовательность, фрагментарность мышления, амнезия после завершения состояния помрачения сознания. Основные признаки сумеречного помрачения сознания:

→ острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



113

Назад

Заккрыть

предвестников;

→ транзиторность, относительная кратковременность (как правило, не превышающая нескольких часов);

→ охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости («напряжённость аффекта»);

→ дезориентировка, прежде всего, в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;

→ яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред;

→ либо видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, что вводит в заблуждение окружающих, либо нецеленаправленное, хаотичное, brutальное, агрессивное возбуждение;

→ критическое окончание;

→ терминальный сон;

→ полная или частичная амнезия происшедшего.

Эпилептический делирий — наплыв ярко окрашенных зрительных галлюцинаций, сопровождающихся напряженностью аффекта, страхом, переживанием ужаса, отрывочными бредовыми идеями преследованиями. Больные видят окрашенные в яркие тона кровь, трупы, огонь, раскаленные лучи солнца. Их «преследуют» люди, угрожающие убийством, насилием, поджогом. Больные крайне возбуждены, кричат, спа-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



114

Назад

Закрыть

саются бегством. Приступы заканчиваются внезапно с полной или частичной амнезией пережитого. Часто встречаются также религиозно-экстатические видения, которые сопровождаются психомоторным возбуждением, нередко с агрессивными тенденциями, отрывочными бредовыми идеями религиозного содержания.

Эпилептический параноид отличается тем, что на фоне сумеречного расстройства сознания и дистрофического изменения настроения на первый план выступают бредовые идеи, обычно вызывающие яркие чувственные переживания. У больных наблюдается бред воздействия, преследования, величия, религиозный бред. Часто имеет место сочетание указанных бредовых расстройств. Например, идеи преследования сочетаются с бредом величия, религиозный бред проявляется совместно с идеями воздействия. Приступы обычно сопровождаются расстройствами восприятия, появлением зрительных, обонятельных, реже слуховых галлюцинаций. Включение обманов чувств усложняет клиническую картину эпилептического параноида. Последний, в свою очередь, может чередоваться с большими судорожными припадками или же появляться при полном их отсутствии.

Эпилептический онейроид — довольно редкое явление в клинике эпилепсии. Характеризуется внезапным наплывом фантастических галлюцинаторных переживаний. Окружающее воспринимается больными с иллюзорно-фантастическими оттенками. Больные растеряны, не узнают близких, совершают немотивированные поступки. Болезненные пе-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



115

Назад

Закреть

реживания их нередко имеют религиозное содержание. Часто больные считают себя непосредственными участниками кажущихся событий, где они выступают в роли могущественных персонажей из религиозной литературы: представляют себя богами, считают, что они общаются с выдающимися личностями древности. На лице больного при этом отмечается выражение восторга, экстаз, реже — гнева и ужаса. Амнезия на период перенесенного онейроида обычно отсутствует. Эпилептический ступор отличается от ступора при шизофрении менее выраженной симптоматикой. Однако наблюдаются явления мутизма, отсутствие выраженной реакции на окружающее, несмотря на скованность движений. На фоне этого субступорозного состояния можно установить наличие бредовых и галлюцинаторных переживаний.

Особое состояние по клинической картине подобно сумеречному расстройству сознания. В то же время у больного при этом состоянии глубокого нарушения сознания не наблюдается, амнестические расстройства отсутствуют. Особое состояние сопровождается растерянностью, неясностью восприятия окружающего, отсутствием критического отношения к болезненным нарушениям. При особых состояниях довольно часты расстройства восприятия пространства, времени, деперсонализация, дереализация окружающего.

Трансамбулаторный автоматизм сопровождается сумеречным расстройством сознания. При поверхностном наблюдении у больных не всегда обнаруживается нарушение психической деятельности, тем более



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



116

Назад

Закрыть

поведение их носит упорядоченный характер и внешне не отличается от обычного. Больной может выйти на улице, купить на вокзале билет, сесть в поезд, поддерживать в вагоне беседу, переехать в другой город и там, внезапно очнувшись, не может понять, как он сюда попал.

Сомнамбулизм (снохождение) чаще возникает у детей и подростков. Больные без внешней необходимости встают ночью, передвигаются по комнате, выходят на улицу, взбираются на балконы, крыши домов и через несколько минут, иногда часов, возвращаются обратно в постель или же засыпают на полу, на улице и т. д. В данном случае сумеречное расстройство сознания наступает во время сна. При этом восприятие окружающего носит извращенный характер. Проснувшись, больной амнезируют события, пережитые ночью.

В учении об эпилепсии, столь богатом не разрешёнными проблемами, противоречивыми гипотезами и непонятными клиническими фактами, едва ли не самую тёмную главу составляет глава об *эпилептическом характере*. В то время как одни авторы считают эпилептический характер патогномичным (специфичным) для эпилепсии, имеющим для ее диагноза большее значение, чем типичный судорожный припадок, другие совершенно отрицают наличие характерологических изменений, связанных с заболеванием. Но даже те исследователи, которые признают характерологические изменения законными для эпилепсии, органически связанными с болезнью, далеко не едины во взгляде на место эпилептического характера в её клинической картине. Если для одних «характер,



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



117

Назад

Закрыть

как и вообще психические особенности, является фоном, на котором развивается склонность к судорожным формам реакции», то, по мнению других исследователей, эпилептический характер — следствие болезни и её внешних проявлений. Эпилептический процесс оказывает особое влияние на личность больного, постепенно изменяя её здоровое ядро и приводя её к тому болезненному состоянию, складу и выражению, которое представляется хроническим и известно под названием эпилептического характера. Вследствие недостаточной определённости термина «изменение личности по эпилептическому типу» некоторые исследователи предпочитают говорить о «непсихотических психических расстройствах, не достигающих степени парциального или тотального слабоумия».

Содержание понятия «эпилептический характер» также не отличается определённою. Сюда относят: аффективную взрывчатость, озлобленность, придирчивость, подозрительность, обидчивость, неискренность, льстивость, умственную ограниченность, неуклюжесть, неповоротливость психических процессов, чрезмерную любовь к порядку, педантизм, формализм, упрямство, настойчивость, прилипчивость, эгоизм, мстительность, мелочность, чёрствость. Очевидно, что в приведённом перечне характерологических особенностей больных эпилепсией слишком много отдельных черт, чтобы все они могли встречаться одинаково часто.

Несмотря на серьёзные теоретические возражения большинства неврологов и некоторых крупных психиатров против понятия «эпилептоидной психопатии», большинство исследователей подчёркивают специ-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



118

Назад

Закреть

фичность особого типа личности у больных эпилепсией, позволяющих в ряде случаев заподозрить данное заболевание без типичных пароксизмальных проявлений. Особенно чётко в своё время высказался по этому вопросу Н.В. Каннабих (1938): «На основании целого ряда признаков преморбидной личности, психопатологических черт статуса и динамики процесса мы умеем в настоящее время ставить диагноз эпилепсии, совершенно отвлекаясь от эпилептического припадка как такового. Мы можем смело сказать, что умеем видеть эпилепсию там, где ещё не видят её многие невропатологи». О врождённых особенностях характера и личности больных эпилепсией писали детские неврологи и психиатры. Эпилептические черты характера в детстве: упрямство, необоснованная взрывчатость, наряду с выраженной гиперсоциальностью, чрезмерная ласковость в отношении родителей, друзей, временами злобность, чрезмерная неоправданная активность, беспокойное поведение и др. Эпилептоидные черты личности обнаруживаются у детей уже после первых приступов, а также выявляются у их «здоровых» родственников, никогда не имевших припадков. Эти эпилептические черты характеризуются педантизмом, мелочностью, жёсткой требовательностью к подчинённым, неистовыми поисками правды и законности в мелочах.

Хронические изменения психической деятельности при эпилепсии развиваются в результате длительного течения патологического процесса. Они, как правило, проявляются в виде изменений характера, нарушений мыслительного процесса и развития слабоумия. Лица, которые в



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



119

Назад

Заккрыть

преморбидном состоянии были эмоционально доступны, контактны, общительны, при прогрессивном течении эпилептического процесса постепенно обнаруживают изменение характера. В прошлом, до болезни, вполне гармоничная личность медленно, как бы исподволь, становится эгоцентричной, властолюбивой, мстительной. Повышенная впечатлительность сочетается с раздражительностью, сварливостью. Появляются агрессивность, жесткость, упрямство. Внешне больные нередко выглядят притворно учтивыми, слащавыми, однако в ситуациях, затрагивающих их личные интересы, проявляют необузданную импульсивность, эксплозивность, доходящую до развития «огненного гнева», сопровождающегося огромной яростью. Таким образом, под влиянием патологического процесса как бы формируется ядро новой личности, и больной эпилепсией своими характерологическими чертами резко отличается от здоровых людей.

Хронические нарушения психической деятельности у больных эпилепсией могут проявляться также повышенной гиперсоциальностью. В данном случае в отличие о больных с асоциальными изменениями личности, склонных к постоянным конфликтам, нарушениям правил общежития, хулиганским действиям, агрессивности, обнаруживаются добросовестность, детская привязанность, угодливость, стремление оказать услуги окружающим. Эпилептические характеры красочно описаны Ф.М. Достоевским в «Идиоте» и в «Преступлении и наказании», где в образе князя Мышкина четко выступает гиперсоциальность, а в образе Рас-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



120

Назад

Закрыть

кольникова показана личность с асоциальным поведением.

В патопсихологическом обследовании выявляются типичные особенности мышления больных с эпилепсией. Их мышление отличается вязкостью, тугоподвижностью, снижением уровня обобщения. Так, при выполнении заданий на исключение лишнего предмета больные обстоятельно характеризуют каждый предмет, но либо не находят различий между ними, либо утверждают, что все предметы нужны, либо не находят между ними ничего общего. Классификация осуществляется больными по конкретно-ситуационному признаку, что типично и для больных с олигофренией. Примеры: объединяют морковь, лук, помидор в одну группу с объяснением «Это я всегда в борщ кладу»; объединяют в одну группу врача, ребенка и термометр, исключают уборщицу с комментарием «Это все в больнице, а уборщица в больнице не нужна».

Мышление больного эпилепсией с течением времени претерпевает характерные изменения. На первый план выступает крайняя вязкость, обстоятельность мыслительного процесса, трудность переключения с одной темы на другую. Речь больного изобилует уменьшительно-ласкательными словами, темп ее медленный, монотонный, с застреванием на ненужных подробностях. Проявляется также постоянная склонность к уходу от главной темы с рассуждениями о случайных, попутно возникших обстоятельствах. Чрезмерная детализация, скрупулезность больных выражается в их деятельности — рисунках, вышивании. Текст, написанный рукой больного, обычно характеризуется помимо детально-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



121

Назад

Закреть

сти изложения точно выведенными буквами, расстановкой, насколько позволяет интеллект, знаков препинания. обстоятельно бывает указана дата, часто время и место описываемого события.

Эпилептическое слабоумие складывается из прогрессирующего ослабления свойств памяти и неумения отличать главное от второстепенного. Больной постепенно теряет приобретенные в процессе жизни навыки, становится неспособным к обобщению событий, у него отмечается узость суждений. Интересы его сводятся к удовлетворению личных, нередко только физиологических потребностей. Речь становится крайне малословной (олигофазия), замедленной, с повышенной жестикულიацией. Больной в состоянии лишь употреблять очень небольшое количество слов в виде стандартных выражений, насыщенных уменьшительно-ласкательными словами: «кроваточка», «домик», «одеяльце», «докторочек» и др. Считается, что эпилептическое слабоумие особенно выражено при наличии в клинике заболевания частых больших судорожных припадков, а формирование эпилептического характера и мышления наиболее связано с психотическими расстройствами (эквивалентами).

Особенности эпилептического мышления особенно хорошо выступают при описании больным сложного рисунка или при пересказе рассказа. Они подмечают совершенно несущественные детали, долго фиксируют на них свое внимание. Нередко, описав таким образом рисунок, больной все же не может уловить его содержание. Особенно выражена склонность к детализации при исследовании методикой установления после-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



122

Назад

Закрыть

довательности событий по серии рисунков. В этом случае больные весьма детально, со множеством несущественных подробностей описывают каждый рисунок, но сопоставить и сравнить их между собой не могут, так как затрудняются в дифференцировке существенных и второстепенных признаков.

Приведем пример описания больным каждой картинке в том порядке, как они лежали на столе, хотя испытуемому дается задание составить рассказ по серии картинок, то есть разложить их в нужном порядке. На трех картинках изображена история о мальчике, который зимой шел через лес, увидев волка, залез на дерево, с которого его сняли охотники. Рассказ испытуемого: «Это мальчик на дереве. А под деревом собаки и волки. Сколько их? Один, два, три. Он испугался, видно, так как не может сойти с дерева, хотя под деревом лежит его сумка. Она раскрылась, и из нее выпали книги и тетрадки. Этот мальчик школьного возраста. А шарфик у него свисает почти до самой земли, вернее снега. Это зима — снег повсюду, беленький. Волки могут стащить его за шарфик. А на этой картинке тоже какой-то мальчик идет через лес. Тут тоже зима. Видите — снежок беленький. Он даже не в лесу, а на опушке. И сумку несет. Он тоже школьного возраста. Вот только трудно сказать — утро или вечер. Скорее всего, утро, так как школьники обычно утром идут в школу, вечером дома готовят уроки. А на этой картинке двое взрослых и ребенок. Один взрослый держит ребенка на руках, подсаживает его на дерево, а другой — держит ружье, как будто целится».



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



123

Назад

Закрыть

Уже в обычной беседе больные эпилепсией обнаруживают склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации. Речь больных отражает особенности их мышления. В процессе рассуждения они «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных, малосущественных деталей. Хотя цель высказывания больным не теряется.

Психические нарушения вследствие перенесенных тяжелых травм головного мозга

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это результат механического повреждения черепной коробки и ее содержимого. ЧМТ приводит к выраженному нарушению нейродинамики мозга, циркуляции жидкости внутри черепной коробки, изменению кровоснабжения мозга и т.д. При контузии мозга в связи с ударом ликворной волны о стенки третьего желудочка повреждаются мозговые структуры, отвечающие за организацию процессов памяти. В клинике различают два основных вида черепно-мозговых травм: контузия и комочия (сотрясение мозга).

Черепно-мозговая травма ежегодно диагностируется у четырех человек на 1000 человек всего населения. В США от ее последствий ежегодно страдают 2 млн. человек. Среди пострадавших в связи с черепно-мозговой травмой преобладают мужчины. Особое распространение расстройств вследствие ЧМТ наблюдается в период войн. Н.И. Пирогов поэтому характеризовал войны как травматические эпидемии. В настоящее время в структуре данной патологии доминируют ЧМТ бытового



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



124

Назад

Закрыть

характера, в последнее время отмечается рост дорожного травматизма.

Последствия черепно-мозговой травмы имеют свою динамику, в которой выделяют три стадии: острая, подострая, резидуальный период.

На *острой стадии* у больного наблюдаются расстройства сознания, вплоть до коматозного состояния. Типичны оглушенность, сонливость, нарушение ориентировки в окружающем. Наступает адинамия, астения, наблюдаются речевые нарушения, амнезия, расстройство сна. В острый период при контузиях могут проявляться также двигательное возбуждение, эйфория, нарушения критики, нелепое поведение и грубые амнестические расстройства. В *подострой стадии* у больного после контузии наступают оглушенность, растерянность, сумеречные состояния, головная боль с головокружением, нарастает амнезия, могут наблюдаться расстройства речи, а при коме — головные боли и головокружение, но без выраженной амнезии и расстройств сознания. В *резидуальный период* в обоих случаях возникает церебрастения, вестибулярные расстройства. В структуре посттравматического дефекта имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций: нарушения внимания, памяти, динамики мыслительных процессов.

Изучая отдаленные последствия поврежденного развития при травмах мозга, М.О. Гуревич выделил 4 клинических этапа.

1. *Травматическая церебрастения.* У детей наблюдается неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость. Дети продолжают обучение в школе, но при усложнении жизненной ситуации у



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



125

Назад

Закрыть

них могут наблюдаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, снижения общего психического тонуса. На этом этапе у детей наблюдается выраженное нарушение объема и переключаемости внимания, снижение объема памяти в слуховой и зрительной модальностях, нарушение динамики мыслительных процессов. В структуре личности наблюдается повышенная фрустрированность, эмоциональная неустойчивость, ригидность поведения.

2. *Травматическая церебронатия* проявляется либо в апатии, общей вялости, общей заторможенности, либо в повышенной возбудимости и двигательной расторможенности. У больных наблюдаются эйфория, беспечность, агрессивность, взрывчатость. Дети этой группы испытывают серьезные затруднения при обучении в школе, так как на фоне общей неуспеваемости у них отмечается выраженное психопатоподобное поведение, неадекватность самооценки и снижение критичности к своему состоянию.

3. *Травматическое слабоумие* проявляется в снижении интеллектуальной активности и интеллектуальной деятельности больного. В структуре личности наблюдается выраженное снижение критичности к своему состоянию, нарастает бездеятельность. Мышление отличается тугоподвижностью, ригидностью.

4. *Травматическая эпилепсия* развивается в том случае, если в разные сроки после травмы возникают эпилептические припадки, на фоне которых появляется травматическая астения, наблюдаются нарушения



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



126

Назад

Закрыть

личности в виде повышенной агрессивности, аффективности, психопатологического поведения; снижается интеллектуальная работоспособность.

Возникающие в результате ЧМТ психические нарушения принято делить в соответствии с этапами развития травматических повреждений. Психическая патология начального периода характеризуется состояниями выключения сознания (кома, сопор, оглушение). В остром периоде преимущественно развиваются острые психозы с состояниями помрачения сознания: делириозные, эпилептиформные, сумеречные. В период восстановления или в позднем периоде преобладают подострые и затяжные травматические психозы, которые могут повторяться, принимать периодическое течение. Психические расстройства отдаленного периода ЧМТ выступают как варианты психоорганического синдрома в структуре травматической энцефалопатии.

Сразу после получения травмы возникает потеря сознания с оглушением, сопором или комой. Дальнейшее течение и прогноз в таких случаях определяются длительностью бессознательного состояния и степенью его выраженности. В настоящее время качественная реанимационная помощь позволяет делать благоприятный прогноз с существенным улучшением психического состояния даже после длительного (несколько недель) отсутствия сознания. Считается, что при продолжительности комы более месяца качественное восстановление психических функций проблематично. Выход из длительной комы обычно постепенный, с восстановлением движения глаз, эмоциональных реакций на обращение



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



127

Назад

Закрыть

персонала, родных, с появлением далее и восстановлением собственной речи. Постоянно отмечаются проявления резкой истощаемости (астенический синдром) с выраженными вегетативными нарушениями. Отмечаются раздражительность, неустойчивость аффекта, одним из признаков этого состояния является гиперестезия (повышенная чувствительность ко всем внешним раздражителям). В острой стадии травматической болезни могут возникать различные психотические состояния, которые становятся промежуточной стадией между бессознательным состоянием и полным восстановлением сознания.

Делирий развивается преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Чаще регистрируется типичная картина с преобладанием иллюзорно-галлюцинаторных проявлений, аффект тревоги, страха, поведение обусловлено патологическими переживаниями.

Сумеречное помрачение сознания чаще возникает после дополнительных вредных воздействий, развивается быстро, сопровождается, как и делирий, иллюзорными, галлюцинаторными расстройствами, однако часто возникает вторичный бред, выражена злоба, дисфория с разрушительными тенденциями; может наблюдаться также картина амбулаторного автоматизма. Этот период полностью амнезируется после его разрешения.

Онейроид — сравнительно редкое проявление психозов при ЧМТ — развивается в первые дни острого периода болезни на фоне легкой сонливости и адинамии. Больные переживают калейдоскопически



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



128

Назад

Закрыть

сменяющие друг друга картины фантастического содержания, при этом преобладает благодушно-эйфорический фон настроения. Фантастическая фабула несет печать псевдогаллюцинаторной патологии. Продолжительность онейроида не превышает двух-трех дней, при этом выражена астения.

Корсаковский синдром возникает чаще сразу после исчезновения оглушения, в таких случаях обнаруживаются явления фиксационной амнезии, конфабуляции, ретроградная амнезия. Корсаковский синдром посттравматического генеза сопровождается дезориентировкой во времени. Чаще всего этот симптомокомплекс формируется после длительной потери сознания, особенно продолжительной комы

Психические нарушения при опухолях головного мозга

Опухоль головного мозга — это объемный процесс в области черепа, возникающий из-за усиленного бесконтрольного размножения клеток. Опухоль резко нарушает функционирование не только того участка мозга, в котором она находится, но и соседних участков. Психические нарушения встречаются при всех опухолях мозга, но далеко не всегда они достаточно четко и своевременно оцениваются как проявление опухолевого процесса. Функции головного мозга нарушаются в связи с воздействием опухоли, сопровождающимся: 1) повышением внутричерепного давления; 2) давлением и смещением отдельных участков мозга; 3) разрушением ткани мозга в месте развития опухоли; 4) расстройствами



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



129

Назад

Закрыть

крово- и ликворообращения; 5) реактивным отеком и набуханием ткани головного мозга.

На начальных стадиях чаще всего наблюдаются неврастенические или ипохондрические симптомы. Характерны повышенная раздражительность, резкая утомляемость, головные боли, дисмнестические расстройства. При утяжелении состояния может развиваться оглушенность, возникают галлюцинаторные, бредовые явления, обнаруживаются аффекты страха, тоски, появляется сонливость. Одновременно могут возникать и очаговые симптомы в соответствии с наличием определенной зоны поражения: параличи, эпилептиформные припадки, гиперкинезы. Припадки в ряде случаев обусловлены общим повышением внутричерепного давления. У таких больных при обследовании глазного дна наблюдается поражение зрительного нерва и ослабление зрения. В дальнейшем могут появляться рвота, замедление пульса, неуверенность походки, расстройства речи. У некоторых больных развивается амнестический симптомокомплекс. Изучение локальных симптомов при опухоли мозга имеет значение для определения ее места расположения, что очень важно для решения вопроса о возможном оперативном вмешательстве.

Обычно психические нарушения в случаях возникновения опухолей головного мозга подразделяют на стойкие, имеющие тенденцию к нарастанию, и транзиторные, преходящие. Стойкие психические нарушения — продуктивные и негативные проявления, которые в течение длительного времени остаются неизменными, а в дальнейшем имеют тенденцию



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



130

Назад

Закрыть

к нарастанию.

Расстройства сна выражаются в нарушении ритма сон–бодрствование, развивающейся в течение дня сонливости и появлении кошмарных сновидений, которые имеют тенденцию к стереотипному повторению.

Нарушения памяти проявляются развитием признаков корсаковского синдрома с различной степенью выраженности всех его структурных компонентов. Такие явления чаще обнаруживаются в случаях развития опухоли третьего желудочка, задних отделов правого полушария. Отчетливо выражены проявления фиксационной амнезии, парамнезии, амнестическая дезориентировка. На фоне развития корсаковского синдрома у многих больных отмечаются эйфория, анозогнозия. Нарушения памяти развиваются и при локализации опухолей в левом полушарии головного мозга. Они обычно выражены нерезко и проявляются в форме дисмнестических расстройств. Больные не запоминают имена, адреса, номера телефонов, то, что сами собираются сделать. Могут наблюдать постоянные смены настроения, эйфория переходит в дисфорию и наоборот.

При опухолях левого полушария развивается длительная тревожная депрессия с утратой эмоциональной откликаемости. Эйфория является почти обязательным симптомом при новообразованиях в области дна третьего желудочка, при этом у больных регистрируются проявления анозогнозии.

Тоскливая депрессия при опухолях мозга сочетается с двигательной



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



131

Назад

Закрыть

заторможенностью и неадекватным отношением к своему заболеванию. Нередко такая тоскливая депрессия сопровождается развитием обонятельных галлюцинаций, деперсонализацией, дереализацией, нарушением «схемы тела». Подобная депрессия может сменяться эйфорией при распространении опухоли на лобную область правого полушария.

Длительные периоды помрачения сознания обычно развиваются у больных с быстрорастущими злокачественными опухолями и, как правило, проявляются в виде оглушения, сопора, комы.

Транзиторные психические нарушения достаточно часто характеризуются развитием эпилептиформных пароксизмов различной длительности и структуры в случаях опухолей височной локализации.

Галлюцинации (обонятельные, тактильные, вкусовые, слуховые) обнаруживаются при опухолях височных долей мозга. Они часто сочетаются с вегетовисцеральными проявлениями, такими как сердцебиение, урчание в животе, гиперемия или бледность лица, гипергидроз. Обонятельные галлюцинации довольно разнообразны, больные говорят о запахе гари, тухлых яиц, нестерпимой вони и т.д. Запахи больные локализуют по-разному, они ощущают их то непосредственно возле носа, то исходящими изо рта, некоторые говорят, что пахнет само тело. Приступы обонятельных галлюцинаций иногда являются первым симптомом опухоли височной области или дна третьего желудочка. Вкусовые галлюцинации возникают обычно позже обонятельных, они проявляются ощущением неприятного вкуса во рту, который больные не сразу могут



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



132

Назад

Закрыть

идентифицировать.

Слуховые галлюцинации возникают при опухолях правого полушария, они представляют собой довольно часто отрывки каких-то мелодий, чаще всего грустных, чириканье птиц и т.д. Слуховые галлюцинации вербального характера отмечаются при левополушарных опухолях; больные слышат, как кто-то повторяет их имя, фамилию. «Голоса», как правило, однообразные, слышатся извне, иногда откуда-то издалека; «слуховых диалогов», императивных галлюцинаций не отмечается.

Зрительные галлюцинации встречаются у больных при опухолях головного мозга гораздо реже. При правополушарной локализации такие галлюцинации носят характер фотопсий — это светящиеся круги, искры, «туманность», «рябь» перед глазами, изредка какие-то лица, фигуры неопределенной формы. При левополушарной локализации больные могут видеть движущиеся предметы, такие «видения» стереотипно повторяются, мешают процессу обычного восприятия. Галлюцинации носят характер объективной реальности, относятся к истинным зрительным обманам восприятия.

Аффективные расстройства. При опухолях правополушарной локализации могут развиваться приступы тоскливости, страха, ужаса. Это сопровождается изменением мимики, гиперемией лица, расширением зрачков. Аффективные проявления часто могут сопровождаться пароксизмальным развитием деперсонализации, дереализации, обонятельными галлюцинациями.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



133

Назад

Закрыть

При локализации очага в левом полушарии у больных часто развиваются приступы тревоги с двигательным беспокойством. В случаях правосторонней височной локализации опухоли у больных могут развиваться деперсонализационно-дереализационные пароксизмы по типу «уже виденного», «никогда не виденного», «никогда не переживавшегося» или «уже пережитого». С такой же частотой отмечаются явления макропсии, микропсии, метаморфозии, восприятие ускорения или замедления времени. Явления деперсонализации сопровождаются ощущением увеличения или уменьшения длины конечностей, объема головы, чувством отчуждения отдельных частей собственного тела, расщеплением тела и души на мельчайшие частицы.

При опухолях лобной локализации могут развиваться преходящие речевые расстройства по типу моторной афазии (невозможность произнесения отдельных слов на фоне нормальной речи). Точно так же в ряде случаев височной локализации опухоли наблюдаются явления «словесной глухоты», или сенсорной афазии, что напоминает симптоматику болезни Альцгеймера, когда больные не понимают обращенной к ним речи и в то же время говорят с напором, произнося отдельные слоги или короткие слова. Особенностью симптоматики является транзиторный характер сенсорной афазии.

Почти постоянно при опухолях мозга появляются транзиторные расстройства сознания в виде преходящего оглушения. При повышении внутричерепного давления развивающееся оглушение может углублять-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



134

Назад

Закреть

ся и переходить в сопорозное или даже коматозное состояние. При оглушении внимание больного можно привлечь лишь только очень сильным раздражителем, пациенты становятся вялыми, безучастными ко всему происходящему, их психическая жизнь становится обедненной, крайне замедленной. Делириозное состояние у подобных больных может развиваться вслед за оглушением, либо оно сменяется сумеречным помрачением сознания.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



135

Назад

Закрыть

Лекция 9. Клинико-психологическая характеристика психопатии и других нарушений личности

Психопатия описывается как стойкая аномалия характера, она не относится к прогрессивным (прогрессирующим) заболеваниям. Термин «психопатия» весьма неоднозначный. Он может употребляться как синоним антисоциального расстройства личности и как обозначение психических расстройств вообще, в связи с чем Ганнушкин употребляет выражение «конституциональная психопатия», подчёркивая статичную и, по его мнению, врождённую природу этой группы расстройств. К моменту перехода на МКБ-10, термин «психопатия» уже прочно закрепился именно за расстройствами личности.

Различают психопатии *ядерные* (врожденные или конституциональные) и *приобретенные*. Последние возникают как следствие травмы головного мозга, инфекции, интоксикации, психотравмы и т.д. Конституциональные психопатии обусловлены врожденной неполноценностью нервной системы, вызванной факторами наследственности, вредностями, воздействующими на плод, родовой травмой и т.п. Конституциональные психопатии проявляются уже в детском возрасте в виде нарушений эмоционально-волевой сферы, при этом интеллект может быть относительно сохранным. Степень выраженности психопатии во взрослом возрасте зависит от условий воспитания и влияния окружающей



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



136

Назад

Закрыть

среды.

Основные черты психопатии:

- тотальность личностных изменений;
- относительная стабильность;
- выраженность черт личности: дисгармония до степени социальной дезадаптации.

Для людей с психопатией характерна так называемая аффективная логика (то есть особенности мышления): особенности аффективно-насыщенного отношения к ситуации приводят к нарушению мышления, при этом мышление психопатов определяется не значимостью конкретной конечной цели, а субъективно переживаемой, аффективно окрашенной потребностью (быть лучше всех во что бы то ни стало). Эта потребность определяет последовательность их действий, приводит к нарушению процессов прогнозирования и считывания прошлого опыта.

Психопатическими называют личности, с юности обладающие рядом особенностей, которые отличают их от обычных людей и мешают им безболезненно для себя и других приспособляться к окружающей среде. Присущие им патологические качества представляют собой постоянные свойства личности, которые, хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться в определенном направлении, не подвергаются, тем не менее, сколько-нибудь резким изменениям. Психопатии представляют область между психической болезнью и здоровьем, т.е. являются пограничными состояниями. Для психопатов характерна неполноцен-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



137

Назад

Закрыть

ность (недостаточность) эмоционально-волевой сферы и мышления. При столкновении с психопатами создается впечатление незрелости, детскости из-за определенных дефектов психической сферы (частичного инфантилизма). Незрелость психики проявляется в повышенной внушаемости, склонности к преувеличениям и чрезмерным фантазиям у истеричных субъектов; в эмоциональной неустойчивости — у аффективных (циклоидных) и возбудимых; в слабости воли — у неустойчивых; в незрелом, некритическом мышлении — у параноидальных психопатов. Несмотря на то, что психопатические особенности характера довольно неизменны сами по себе, они создают особо благоприятную почву для патологических реакций на психические травмы, на чрезмерно тяжелые условия жизни, на соматические заболевания.

В основе психопатии лежит врожденная неполноценность нервной системы, которая может возникнуть под влиянием наследственных факторов, вследствие внутриутробного воздействия вредностей на плод, в результате родовых травм и тяжелых заболеваний раннего детского возраста. Большое значение в формировании психопатии имеет неблагоприятное влияние внешней среды (неправильное воспитание, психические травмы). Однако истинные психопатии («ядерные») носят конституциональный характер (врожденный). В тех случаях, где ведущая роль в формировании патологического характера принадлежит внешним факторам, следует говорить о патохарактерологическом развитии личности.

Патохарактерологическое развитие личности, в отличие от психопатии



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



138

Назад

Закреть

тий, является результатом неправильного воспитания в семье, длительного воздействия неблагоприятных социальных и психотравмирующих факторов, причем психогенный фактор является основным. Например, в условиях постоянного подавления, унижения и частых наказаний формируются такие черты характера, как застенчивость, нерешительность, робость, неуверенность в себе. Иногда в ответ на постоянную грубость, черствость, побои (в семьях алкоголиков) также появляется возбудимость, взрывчатость с агрессивностью, выражающие психологически защитную реакцию протеста. Если ребенок растет в обстановке чрезмерного обожания, восхищения, восхваления, когда исполняются все его желания и прихоти, то формируются такие черты истерической личности, как эгоизм, демонстративность, самовлюбленность, эмоциональная неустойчивость при отсутствии инициативы и целевых установок в жизни. А если он к тому же заурядная личность, не обладающая в действительности воспеваемыми талантами, то ему приходится самоутверждаться и заслуживать признание окружающих другими способами (отличным от других внешним видом, необычными поступками, сочинительством о себе разных историй и т.п.). Иногда бывает трудно отличить врожденную психопатию от патохарактерологического развития личности, тем более что и при формировании врожденной психопатии внешние факторы играют далеко не последнюю роль.

Классификация и клинические признаки психопатии. В основу классификации положены следующие признаки: особенности патологическо-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



139

Назад

Закрыть

го характера, проявляющиеся в сочетании различных психопатических черт, и тип нарушения высшей нервной деятельности.

Астенический тип (или расстройство типа зависимой личности). Для психопатических личностей этого круга характерны с детства повышенная робость, стеснительность, нерешительность, впечатлительность. Особенно теряются они в незнакомой обстановке и новых условиях, испытывая при этом чувство собственной неполноценности. Повышенная чувствительность, «мимозность» проявляется как в отношении психических раздражителей, так и физических нагрузок. Довольно часто они не выносят вида крови, резких перепадов температуры, болезненно реагируют на грубость и бестактность, но их реакция недовольства может выражаться в молчаливой обидчивости или брюзжании. У них часто бывают различные вегетативные расстройства: головные боли, неприятные ощущения в области сердца, желудочно-кишечные нарушения, потливость, плохой сон. Они быстро истощаемы, склонны к фиксации на своем самочувствии.

Психастенический тип (ананкастное расстройство личности). Личностям этого типа свойственны выраженная нерешительность, неуверенность в себе и склонность к постоянным сомнениям. Психастеники легко ранимы, застенчивы, робки и вместе с тем болезненно самолюбивы. Для них характерно стремление к постоянному самоанализу и самоконтролю, склонность к абстрактным, оторванным от реальной жизни логическим построениям, навязчивым сомнениям, страхам. Для психастеников



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



140

Назад

Закрыть

трудны любые перемены в жизни, нарушение привычного уклада (смена работы, места жительства и т.д.), это вызывает у них усиление неуверенности и тревожных опасений. Вместе с тем они исполнительные, дисциплинированные, нередко педантичны и назойливы. Они могут быть хорошими заместителями, но никогда не могут работать на руководящих должностях. Необходимость принятия самостоятельного решения и проявления инициативы для них губительны. Высокий уровень притязаний и отсутствие чувства реальности способствуют декомпенсации таких личностей.

Шизоидный тип (шизоидное расстройство личности). Личности этого типа отличаются замкнутостью, скрытностью, оторванностью от реальности, склонностью к внутренней переработке своих переживаний, сухостью и холодностью в отношениях с близкими людьми. Для шизоидных психопатов характерна эмоциональная дисгармония: сочетание повышенной чувствительности, ранимости, впечатлительности и эмоциональной холодности и отчужденности от людей («дерево и стекло»). Такой человек отрешен от действительности, его жизнь направлена на максимальное самоудовлетворение без стремления к славе и материальному благополучию. Увлечения его необычны, оригинальны, «нестандартны». Среди них много лиц, занимающихся искусством, музыкой, теоретическими науками. В жизни их обычно называют чудаками, оригиналами. Их суждения о людях категоричны, неожиданны и даже непредсказуемы. На работе они часто неуправляемы, так как трудятся, исходя из



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



141

Назад

Закрыть

собственных представлений о ценностях в жизни. Однако, в определенных областях, где требуется художественная экстравагантность и одаренность, нестандартность мышления, символизм, они могут достичь многого. У них нет постоянных привязанностей, семейная жизнь обычно не складывается из-за отсутствия общности интересов. Однако они готовы к самопожертвованию ради каких-то отвлеченных концепций, воображаемых идей. Такой человек может быть абсолютно безразличен к больной матери, но в то же время будет призывать к оказанию помощи голодающим на другом конце света. Пассивность и бездеятельность в решении бытовых проблем сочетается у шизоидных личностей с изобретательностью, предприимчивостью и упорством в достижении особо значимых для них целей (например, научная работа, коллекционирование).

Параноидальный тип параноидное расстройство личности. Главной особенностью психопатических личностей этого круга является склонность к образованию доминирующих сверхценных идей, которые формируются к 20–25 годам. Однако уже с детства им свойственны такие черты характера, как упрямство, прямолинейность, односторонность интересов и увлечений. Они обидчивы, злопамятны, самоуверенны и очень чувствительны к игнорированию их мнения окружающими. Постоянное стремление к самоутверждению, безапелляционная категоричность суждений и поступков, эгоизм и крайняя самоуверенность создают почву для конфликтов с окружающими. С возрастом личностные особен-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



142

Назад

Закрыть

ности обычно усиливаются. Застреваемость на определенных мыслях и обидах, ригидность, консервативность, «борьба за справедливость» являются основой для формирования доминирующих (сверхценных) идей, касающихся эмоционально значимых переживаний. Сверхценные идеи, в отличие от бредовых, базируются на реальных фактах и событиях, конкретны по содержанию, однако суждения при этом основаны на субъективной логике, поверхностной и односторонней оценке действительности, соответствующей подтверждению собственной точки зрения. Содержанием сверхценных идей может быть изобретательство, реформаторство. Непризнание достоинств и заслуг паранойяльной личности ведет к столкновению с окружающими, конфликтам, которые, в свою очередь, могут стать реальной почвой для сутяжного поведения. «Борьба за справедливость» в таких случаях заключается в бесконечных жалобах, письмах в разные инстанции, судебных разбирательствах. Активность и настойчивость больного в этой борьбе не могут сломить ни просьбы, ни убеждения, ни даже угрозы. Сверхценное значение для подобных личностей могут представлять также идеи ревности, ипохондрические идеи (фиксация на собственном здоровье с постоянным хождением по лечебным учреждениям с требованиями дополнительных консультаций, обследований, новейших методов лечения, не имеющими реального обоснования).

Возбудимый тип (импульсивное расстройство личности). Ведущими чертами возбудимых личностей являются крайняя раздражитель-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



143

Назад

Закрыть

ность и возбудимость, взрывчатость, доходящая до приступов гнева, ярости, причем реакция не соответствует силе раздражителя. После вспышки гнева или агрессивных поступков больные быстро «отходят», сожалеют о случившемся, но в соответствующих ситуациях поступают так же. Такие люди вечно всем недовольны, ищут поводы для придирок, вступают в споры по любому поводу, проявляя излишнюю горячность и стараясь перекричать собеседников. Отсутствие гибкости, упрямство, убежденность в своей правоте и постоянная борьба за справедливость, сводящаяся в конечном итоге к борьбе за свои права и соблюдение личных эгоистических интересов, приводят к их неуживчивости в коллективе, частым конфликтам в семье и на работе. Одним из вариантов возбудимой психопатии является эпилептоидный тип. Для людей с этим типом личности, наряду с вязкостью, застреваемостью, злопамятностью, характерны такие качества, как слащавость, льстивость, ханжество, склонность к употреблению в разговоре уменьшительно-ласкательных слов. К тому же чрезмерный педантизм, аккуратность, властность, эгоизм и преобладание мрачного угрюмого настроения делают их невыносимыми в быту и на работе. Они бескомпромиссны: либо любят, либо ненавидят, причем окружающие, особенно близкие люди, обычно страдают как от их любви, так и от ненависти, сопровождаемой мстительностью. В некоторых случаях на первый план выступают нарушения влечений в виде злоупотребления алкоголем, наркотиками (снимают напряжение), стремления бродяжничать. Среди психопатов этого круга



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



144

Назад

Закрыть

встречаются азартные игроки и запойные пьяницы, сексуальные извращенцы и убийцы.

Истерический тип (истерическое расстройство личности). Для истерических личностей наиболее характерна жажда признания, т.е. стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих. Это проявляется в их демонстративности, театральности, преувеличении и приукрашивании своих переживаний. Их поступки рассчитаны на внешний эффект, лишь бы поразить окружающих, например, необычно ярким внешним видом, бурностью эмоций (восторги, рыдания, заламывания рук), рассказами о необыкновенных приключениях, нечеловеческих страданиях. Иногда больные, чтобы обратить на себя внимание, не останавливаются перед ложью, самоговорами, например, приписывают себе преступления, которых не совершали. Таких называют патологическими лгунами (синдром Мюнхгаузена). Для истерических личностей характерен психический инфантилизм (незрелость), что проявляется и в эмоциональных реакциях, и в суждениях, и в поступках. Их чувства поверхностны, неустойчивы. Внешние проявления эмоциональных реакций демонстративны, театральны, не соответствуют вызвавшей их причине. Для них характерны частые колебания настроения, быстрая смена симпатий и антипатий. Истерические типы отличаются повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, поэтому постоянно играют какую-то роль, подражают поразившей их личности. Если такой пациент попадает в больницу, то он может копировать симптомы заболеваний других



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



145

Назад

Закреть

больных, находящихся вместе с ним в палате.

Истерическим личностям свойственен художественный тип мышления. Суждения их крайне противоречивы, часто не имеют под собой реальной почвы. Вместо логического осмысления и трезвой оценки фактов, их мышление основано на непосредственных впечатлениях и собственных выдумках и фантазиях. Психопаты истерического круга редко достигают успехов в творческой деятельности или научной работе, т.к. им мешает необузданное стремление быть в центре внимания, психическая незрелость, эгоцентризм.

Аффективный тип. К этому типу относятся личности с различным, конституционально обусловленным, уровнем настроения. Лица с постоянно пониженным настроением составляют группу гипотимных (депрессивных) психопатов. Это всегда мрачные, унылые, всем недовольные и малообщительные люди. В работе они излишне добросовестны, аккуратны, исполнительны, т.к. во всем готовы видеть осложнения и неудачи. Для них характерны пессимистическая оценка настоящего и соответствующий взгляд на будущее, в сочетании с пониженной самооценкой. Они чувствительны к неприятностям, способны к сопереживанию, но чувства свои пытаются скрыть от окружающих. В беседе сдержанны и немногословны, боятся высказать свое мнение. Им кажется, что они всегда не правы, ищут во всем свою виновность и несостоятельность. Гипертимные личности, в отличие от гипотимных, отличаются постоянно повышенным настроением, активностью и оптимизмом. Это общитель-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



146

Назад

Закреть

ные, оживленные, говорливые люди. В работе они предприимчивы, инициативны, полны идей, но их склонность к авантюризму и непоследовательность вредят в достижении поставленной цели. Временные неудачи не огорчают их, они с неутомимой энергией берутся вновь за дело. Чрезмерная самоуверенность, переоценка собственных возможностей, деятельность на грани закона часто осложняет их жизнь. Такие личности бывают склонны ко лжи, необязательности при исполнении обещаний. В связи с повышенным сексуальным влечением бывают неразборчивы в знакомствах, вступают в опрометчивые интимные связи. Лица с эмоциональной неустойчивостью, т.е. с постоянными колебаниями настроения, относятся к циклоидному типу. Настроение их изменяется от пониженного, грустного, до повышенного, радостного. Периоды плохого или хорошего настроения разной продолжительности, от нескольких часов до нескольких дней, даже недель. Их состояние и активность изменяются в соответствии с переменной настроения.

Неустойчивый (безвольный) тип. Люди этого типа отличаются повышенной подчиняемостью внешним влияниям. Это слабовольные, легко внушаемые, «бесхарактерные» личности, легко поддающиеся влиянию других людей. Вся их жизнь определяется не целевыми установками, а внешними, случайными обстоятельствами. Они нередко попадают в дурную компанию, спиваются, становятся наркоманами, мошенниками. На работе такие люди необязательны, недисциплинированы. С одной стороны, они всем дают обещания и стараются угодить, но малейшие



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



147

Назад

Закрыть

внешние обстоятельства выбивают их из колеи. Они постоянно нуждаются в контроле, авторитетном руководстве. В благоприятных условиях они могут хорошо работать и вести правильный образ жизни.

2.2 Словарь основных понятий

Абулия – нарушение воли, частичное или полное отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

Агнозия – нарушение различных видов восприятия (зрительного, слухового, тактильного агнозии), возникающее при поражении вторичной мозговой коры; человек утрачивает способность к синтезу поступающей сенсорной информации.

Аграфия – отсутствие способности к письму при сохранном интеллекте и отсутствии расстройства ручных движений.

Аддикция, аддиктивное поведение – зависимое поведение. Аддиктивные расстройства – расстройства зависимого поведения (вследствие употребления психоактивных веществ, расстройства привычек и влечений, расстройства приема пищи, зависимое расстройство личности, сексуальные аддикции, игровая зависимость, социально приемлемые формы зависимостей).

Акалькулия – нарушение способности счета при сохранной способности узнавать и писать цифры.

Алексия – отсутствие способности к чтению, неспособность



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



148

Назад

Заккрыть

овладеть процессом чтения.

Алекситимия – букв.: отсутствие слов для эмоций; специфические для больных с психосоматическими расстройствами трудности нахождения подходящих слов для описания собственных чувств, обеднение фантазии, тенденция к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, трудности в проведении различий между собственными чувствами и телесными ощущениями.

Амнезия – отсутствие памяти, утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Амузия – отсутствие способности воспринимать, распознавать и воспроизводить музыкальные звуки.

Анорексия нервная – нарушение пищевого поведения, при котором наблюдается интенсивный страх перед набором веса в сочетании с отказом поддерживать свое питание на адекватном уровне, что сопровождается ошибочной жалобой на полноту, выраженное снижение веса, нарушение представления о собственном теле.

Апраксия – нарушение способности выполнять действия и системы действий, нарушение произвольных движений и действий с предметами.

Астения – физическая и психическая слабость, бессилие.

Афазия – нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры головного мозга и «ближайшей подкорки» левого полушария (у правшей); представляет собой системное расстройство различных



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



149

Назад

Закрыть

форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи и понимания обращенной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарных форм слуха.

Болевое расстройство – самостоятельная форма соматоформных расстройств, при котором у человека наблюдаются разнообразные болевые симптомы в разных частях тела, не имеющие под собой объективных клинических оснований.

Болезнь – изменения состояния человека, которые являются результатом изменений в организме человека, на субъективном уровне определяемые как «плохое самочувствие» и приводящие к появлению у человека роли больного и соответствующих ролевых ожиданий по отношению к нему; понятие болезни используется для характеристики только тех состояний, которые уже не выглядят нормальными, а потому нуждаются в особом объяснении.

Булимия – нарушение пищевого поведения, при котором наблюдается повышенный аппетит, переедание, перемежающееся с приступами очищения от излишней пищи; эпизоды переедания, сопровождающиеся потерей контроля над чрезмерной едой, сочетаются с неадекватным поведением, направленным на предотвращение веса.

Внутренняя (аутопластическая) картина болезни – целостное отношение человека к своей болезни, установка по отношению к ней; ВКБ проявляется на четырех уровнях: сенсорный (чув-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



150

Назад

Закрыть

ственный), аффективный (эмоциональный), когнитивный, регулятивный (поведенческий). Понятие ВКБ позволяет объяснить отсутствие прямой связи между объективной и субъективной картиной болезни (объем и тяжесть патологического процесса не всегда прямо и адекватно соответствует субъективным ощущениям больного).

Внутренняя картина здоровья — здоровье как индивидуальная норма есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм. ВКЗ — целостное представление о том, что является «здоровьем» для самого человека, «для-себя-знание» о здоровье, что значит «быть здоровым для меня самого» Человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не вписываются в содержание его ВКЗ.

Девиантное поведение — отклоняющееся поведение; поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и правилам поведения.

Дементивный синдром (см. деменция) — синдром как специфическое сочетание симптомов нарушений психических функций, возникающее при деменции: парциальный и мозаичный характер нарушения функций, сочетание сохраненных и поврежденных функций, трудности приобретения нового опыта и ограничения в использовании имеющегося опыта.

Деменция — приобретенная умственная отсталость в результате действия вредностей на нервную систему в постнатальный период.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



151

Назад

Закреть

Диагностика (в клинической психологии) – процесс отнесения состояния человека к одной из нозологических групп, выявление болезней, симптомов и синдромов, то есть установление диагноза.

Зависимость – см. аддикция.

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия человека; отсутствие болезни, отклонений в биологических структурах или процессах организма.

Здоровье психическое – состояние полного душевного благополучия, отсутствие психических заболеваний и расстройств; психически здоровый человек характеризуется возможностями адаптации, социализации и индивидуализации.

Здоровье психологическое – характеристика зрелой личности, способной устанавливать продуктивные отношения с самим собой и с другими людьми: позитивная установка по отношению к собственной личности, духовный рост и самореализация, интегрированность и цельность личности, автономия и самодостаточность, адекватность восприятия реальности, компетентность в преодолении требований окружающего мира.

Импульсивность – форма отклоняющегося поведения, при которой действия совершаются в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями, протекают насильственно, автоматизировано, не контролируются сознанием.

Инертность психических процессов – тугоподвижность пси-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



152

Назад

Закрыть

хических процессов, предпочтение привычного способа выполнения задания, трудности принятия и усвоения другого способа, переключения с одного объекта на другой.

Интервенция (букв. вмешательство, внедрение) – наиболее общее обозначение коррекционного и реабилитационного процесса, направленного на оказание помощи детям с отклонениями в развитии; акцентируется активный, наступательный характер воздействия.

Ипохондрическое расстройство – самостоятельная форма соматоформного расстройства, основным симптомом которого является фокусировка больного на идее о том, что он серьезно болен, и поэтому он предъявляет жалобы на возможное соматическое заболевание.

Искажение уровня обобщения – вид нарушений процесса обобщения, при котором в суждениях больных в утрированной форме выражены «отлет» от конкретных связей, в их суждениях отражается лишь случайная сторона явлений, существенные отношения между предметами и явлениями во внимание не принимаются.

Классификация – разделение на группы в соответствии с заданными критериями; в специальной психологии: разделение детей с физическими и умственными недостатками на группы в соответствии с характером их развития, который обусловлен имеющимся дефектом.

Клиническая психология – отрасль психологии, изучающая весь комплекс психических явлений, возникающих в клинических условиях, то есть в условиях болезни человека.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



153

Назад

Закрыть

Конверсионное расстройство – самостоятельная форма соматоформного расстройства, при котором у больного наблюдаются разнообразные симптомы телесного недуга, которые не имеют в своей основе органической патологии; телесные симптомы больного позволяют ему достичь состояния «вторичной выгоды», то есть обеспечения благовидного оправдания для устранения или избежания невыносимой стрессовой ситуации, активная манипуляция другими людьми путем демонстрации симптомов (конверсия, по З. Фрейду, перенос вытесненной сексуальной энергии на телесные органы как способ решения бессознательного конфликта).

Лабильность – нестойкость, неустойчивость, непостоянство, нестабильность функционирования, изменчивость, колебание тех или иных проявлений (напр., лабильность эмоций, лабильность мыслительных процессов).

Маниакально-депрессивный психоз (циклотимическое расстройство, биполярное аффективное расстройство) – эндогенное психическое заболевание, протекающее в виде аффективных фаз, разделенных светлыми промежутками, при этом происходит циклическая смена маниакальных (повышение активности и настроения) и депрессивных (снижение активности и настроения) фаз.

Медицинская психология (синоним – клиническая психология) – отрасль психологии, изучающая психологические особенности человека в ситуации болезни, психологические характеристики



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



154

Назад

Закрыть

взаимодействия медицинского работника и пациента, психологические способы и средства повышения эффективности лечения. Применение знаний и методов психологии для решения медицинских проблем.

Мнестические нарушения – нарушения памяти.

Наследственные заболевания – заболевания, вызванные изменениями, происходящими на генетическом уровне, то есть в наследственном аппарате клетки.

Невроз – функциональное нервно-психическое заболевание, возникающее под влиянием психической травмы, психического перенапряжения. Термин в настоящее время не используется (см. соматоформные расстройства).

Неврология – раздел психиатрии и клинической психологии, изучающий неврозы и невротические расстройства (в наст. время – соматоформные расстройства).

Неврозоподобный – сходный с неврозом, похожий на невротическое.

Невротический – относящийся к неврозам.

Нейропсихология – отрасль психологической науки, которая изучает мозговые механизмы психических функций на материале локальных поражений головного мозга.

Нейродинамические расстройства – нарушения динамики мозговой деятельности, которые проявляются в снижении активности, повышенной истощаемости и отвлекаемости, трудностях concentra-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



155

Назад

Закрыть

ции внимания, переключения с одного вида деятельности (объекта) на другой.

Нозология – раздел патологии, изучающий сущность и характер течения отдельных болезней.

Норма (в философии): 1) средняя величина, характеризующая какую-либо массовую совокупность случайных событий, явлений; 2) узаконенное установление, обязательный порядок, строй чего-либо; в клинической психологии понятие нормы соотносится со здоровьем, а понятие не-нормы – с болезнью.

Обсессивно-компульсивное расстройство – определяется возникновением нежелательных или навязчивых обсессивных мыслей или неприятных образов, сопровождающихся компульсивными (навязчивыми) действиями, призванными нейтрализовать обсессивные мысли и действия или предотвратить тяжелую ситуацию.

Олигофрения – полиэтиологическое заболевание, при котором с рождения наблюдается проявления ранней дизонтогении головного мозга с преимущественным недоразвитием и поражением мозговой коры, прежде всего лобной, приводящее к стойкому необратимому снижению психической деятельности, с преимущественным нарушением познавательной деятельности.

Паралич – полное отсутствие движений в отдельных движущихся органах.

Парез – частичное нарушение движений в отдельных двигатель-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



156

Назад

Закрыть

ных органах.

Персеверация (двигательная, речевая, интеллектуальная) – навязчивое повторение одних и тех же действий, словесных выражений, мыслей, навязчивое использование одних и тех же способов выполнения действий.

Патогенетический – связанный с патогенезом, т.е. механизмом возникновения и развития болезни.

Патологический – отклонение от нормы, уродливая ненормальность.

Патопсихология – психологическая дисциплина, отрасль клинической психологии, изучающая закономерности психической деятельности у лиц с психическими нарушениями.

Полиморфный, полиморфизм, полиморфность – многообразие, многообразный, встречающийся в нескольких различных формах.

Преморбидный – предшествующий заболеванию, характерный для человека в период до возникновения его болезни.

Преморбидная личность – характеристика личности человека в период до начала его заболевания.

Прогрессирующая деменция – приобретенная умственная отсталость, при которой происходит постоянный распад психических функций, связанный напрямую с распадом нервной ткани головного мозга вследствие наследственных дегенеративных заболеваний нервной системы, тяжелых форм эпилепсии, шизофрении, опухолей и хро-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



157

Назад

Закрыть

нических воспалительных заболеваний мозга.

Профилактика — направление профессиональной деятельности специалиста (психолога, врача, педагога), цель которого — способствовать предупреждению отклонений в здоровье, развитии и поведении детей.

Психическое заболевание — заболевание, при котором нарушено отражение человеком окружающего мира, психическая деятельность человека в целом.

Психопатия — пограничное нервно-психическое расстройство, при котором наблюдается патологическое формирование личности в результате неправильного воспитания у лиц с наследственной предрасположенностью; тотальность психопатологических особенностей, аномалия характера человека, обусловленная врожденной неполноценностью нервной системы.

Психопатология — психическая патология, совокупность нарушений психической деятельности человека.

Психопатоподобный — сходный с психопатией, похожий на симптомы психопатии; к психопатоподобным расстройствам относятся психомоторная расторможенность, бестактность, раздражительность, грубость, повышение влечений, снижение критичности, патологические влечения, назойливость, импульсивность при формальной сохранности интеллекта.

Психотерапия — направление профессиональной деятельности



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



158

Назад

Закрыть

психолога (или врача), (букв.) лечение при помощи психического воздействия на человека; комплексное воздействие на эмоции, суждения, самосознание и другие особенности личности.

Психосоматика – обозначение и акцентирование тесной связи психики и тела.

Психосоматические заболевания (психосоматозы) – заболевание телесной сферы человека, возникновение которого связано преимущественно с действием психологических факторов.

Психосоматическое расстройство – симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями человека на стресс и способами переработки внутрличностного конфликта.

Разноплановость мышления – нарушение целенаправленности мышления, при котором суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях, и мыслительный процесс лишается целенаправленности.

Реабилитация – 1) приобретение утраченных способностей в процессе роста и развития, а также в специально организованных условиях; 2) организованная система профессиональной деятельности, цель которой – способствовать приобретению утраченных способностей; комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболева-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



159

Назад

Закрыть

ния, повреждения или функционального расстройства.

Резидуальный – остаточный, следствие остаточных поражений головного мозга различными вредностями.

Резонерство – нарушение целенаправленности мышления, при котором в речи больных отражаются их бредовые переживания, при этом грамматический строй речи остается сохранным.

Скачка идей – нарушение логического хода мышления, при котором поток мыслей и ассоциаций мешает сосредоточиться на выполнении задания, хотя больные правильно понимают задание и начинают выполнять его.

Снижение уровня обобщения – вид нарушений процесса обобщения, при котором в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, а оперирование общими признаками заменяется установлением конкретных связей между предметами.

Созависимость – состояние, возникающее у членов семьи и других близких страдающего какой-либо формой аддикции; вызванная стрессом концентрация мысли на жизни другого человека, приводящая к нарушению адаптации; нарушение личности, основанное на необходимости контроля ситуации, на невнимании к своим собственным нуждам, слияние всех интересов созависимой личности с аддиктивным лицом.

Соматизированное расстройство – самостоятельная форма



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



160

Назад

Закрыть

соматоформных расстройств, проявляющихся в многочисленных жалобах больного на физические недуги в течение длительного времени, не объяснимые данными о соматическом заболевании или травмами, которые приводят к врачебному вмешательству или значительному ухудшению качества жизни; у больного сочетаются болевые, гастроэнтерологические, сексуальные и псевдоневрологические симптомы.

Соматопсихология – раздел клинической психологии, изучающий психологические особенности больных соматическими заболеваниями.

Соматоформный – напоминающий по форме соматический симптом или синдром.

Соматический – телесный, связанный с телом, в противоположность психическим явлениям.

Стресс – термин, который используется для объяснения обширного круга состояний человека, возникших в ответ на разнообразные экстремальные воздействия стрессора.

Стрессор – неблагоприятное, значительное по силе и продолжительности внешнее и внутреннее воздействие, ведущее к возникновению стрессовых ситуации.

Умственная отсталость – сборный термин для обозначения выраженного снижения интеллектуальных способностей у индивидов с различными заболеваниями нервной системы и анализаторов (см. также олигофрения, деменция).



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



161

Назад

Закрыть

Феноменология (клинические симптомы) – отдельные проявления болезни, отклонения в развитии или поведении; внешне наблюдаемые или субъективно фиксируемые на основе жалоб самого человека.

Церебральная недостаточность – нарушения работы мозга, которые носят общий характер и проявляются в повышении утомляемости, снижении работоспособности, двигательной расторможенности, сниженной способности к концентрации внимания, истощаемости психических процессов.

Церебрастения – мозговая слабость, астения в сочетании с головной болью, головокружением, ослабление памяти, повышенная истощаемость психической деятельности.

Шизофрения – эндогенное заболевание, разнородная группа расстройств, общими признаками которых являются грубое снижение уровня психосоциального функционирования, а разорванность мышления выступает как специфический признак.

Эпидемиология – 1) распространение болезней, расстройств или отклонений; 2) отрасль медицины, которая их изучает.

Эпилепсия – заболевание головного мозга, которое характеризуется периодически наступающими судорожными приступами, или припадками.

Этиология и условия возникновения – комплекс причин и факторов, которые приводят к возникновению болезни, патологии, расстройства.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



162

Назад

Закрыть

2.3 Методический материал к темам «Основные понятия клинической психологии», «Внутренняя картина здоровья (ВКЗ) и внутренняя картина болезни (ВКБ)», «Психосоматические заболевания», «Психология соматических заболеваний»

2.3.1 Опросники для изучения отношения человека к своему заболеванию

Опросник, оценивающий влияние болезни на разные сферы социального статуса больных. На основании опроса двух тысяч больных с различными хроническими соматическими заболеваниями А.И. Сердюк в 1994 г. разработал опросник, позволяющий выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса больных.

Опросник включает 10 вопросов-утверждений и 5 вариантов ответов на них:

1. *Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а):*

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



163

Назад

Закрыть

2. Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

3. Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

4. Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют и даже придираются:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



164

Назад

Закреть

5. Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

6. Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

7. После того, как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

8. Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все:



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



165

Назад

Заккрыть

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

9. Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

10. Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не даёт возможности больше зарабатывать:

- а) наверняка нет;
- б) скорее нет;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) пожалуй, да;
- д) безусловно, да.

Один из двух последних вариантов ответов свидетельствует о высокой либо очень высокой значимости для данного больного влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



166

Назад

Закрыть

статуса (соответствующую номеру вопроса): 1) ощущение потери силы и энергии; 2) ухудшение отношения в семье; 3) отказ от удовольствий; 4) ухудшение отношения на работе; 5) ограничение свободного времени; 6) невозможность сделать карьеру; 7) снижение физической привлекательности; 8) формирование чувства ущербности; 9) ограничение общения; 10) материальный ущерб.

Методика незаконченных предложений Сакса–Сиднея (J.M. Sacks, S. Sidney), модифицированная для соматических больных. Суть методики состоит в том, что испытуемому предлагается опросник, содержащий 64 незавершённых предложения, которые нужно закончить первой вспомнившейся фразой.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



167

Назад

Закреть

ОПРОСНИК

Прочитайте внимательно эти незаконченные предложения, дополнив их первой пришедшей Вам в голову мыслью. Делайте это как можно быстрее. Если Вы не можете закончить какое-нибудь предложение, оставьте его, обведя кружком номер, и вернитесь к нему позже. Будьте правдивы. Ваши ответы никому, кроме врача, не будут известны.

1. Думаю, что мой отец редко ...
2. Если все против меня, то ...
3. Я всегда хотел ...
4. Если бы я занимал руководящий пост ...
5. Будущее кажется мне ...
6. Если бы не болезнь ...
7. Моё начальство ...
8. Знаю, что глупо, но боюсь ...
9. Думаю, настоящий друг...
10. Когда я был ребёнком...
11. Идеалом женщины (мужчины) для меня является...
12. Когда я вижу женщину вместе с мужчиной...
13. По сравнению с большинством других семей, моя семья...
14. Лучше всего мне работается с...
15. Моя мать и я...
16. Всё-таки здоровые люди...



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



168

Назад

Закреть

17. Сделал бы всё, чтобы забыть ...
18. Если бы только мой отец захотел ...
19. Думаю, что я достаточно свободен, чтобы ...
20. Я мог бы быть очень счастливым, если бы ...
21. Если кто-нибудь работает под моим руководством ...
22. Надеюсь на ...
23. В школе мои учителя ...
24. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь ...
25. Не люблю людей, которые ...
26. До войны я ...
27. Считаю, что юношей (девушек) ...
28. Супружеская жизнь кажется мне ...
29. Моя семья обращается со мной, как с ...
30. Люди, с которыми я работаю ...
31. Моя мать ...
32. Моей самой большой ошибкой было ...
33. Я хотел бы, чтобы мой отец ...
34. Моя наибольшая слабость заключается в том ...
35. Моя болезнь ...
36. Моим скрытым желанием в жизни ...
37. Мои подчинённые ...
38. Наступит тот день, когда ...
39. Когда ко мне приближается мой начальник ...



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



169

Назад

Заккрыть

40. Хотелось бы мне перестать бояться ...
41. Больше всего люблю тех людей, которые ...
42. Если бы я снова стал молодым ...
43. Считаю, что большинство женщин (мужчин) ...
44. Если бы у меня была нормальная половая жизнь ...
45. Большинство известных мне семей ...
46. Люблю работать с людьми, которые ...
47. Считаю, что большинство матерей ...
48. Когда я был молодым, то чувствовал себя виноватым, если ...
49. Думаю, что мой отец ...
50. Когда мне начинает не везти, я ...
51. Когда я даю другим поручение ...
52. Больше всего я хотел бы в жизни ...
53. Когда я буду старым ...
54. Люди, превосходство которых над собой я признаю ...
55. Мои опасения не раз заставляли меня ...
56. Когда меня нет, мои друзья ...
57. Из-за болезни ...
58. Моим самым живым воспоминанием детства является ...
59. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины) ...
60. Моя половая жизнь ...
61. Когда я был ребёнком, моя семья ...
62. Люди, которые работают со мной ...



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



170

Назад

Закрыть

63. Я люблю свою мать, но ...

64. Самое худшее, что мне случилось совершить, это ...

При затруднении пациенту необходимо повторить задание и предложить пример ответа: «Я думаю, что мой отец бывает не прав». Учитывается качество ответа (смысл законченного предложения), латентный период (время, затраченное на обдумывание ответа) и эмоциональная реакция пациента. Ответы испытуемого группируются в соответствии с ключом.

Ключ к методике незаконченных предложений Сакса–Сиднея

I. Отношение к матери

15. Моя мать и я...

31. Моя мать...

47. Считаю, что большинство матерей...

63. Я люблю свою мать, но...

II. Отношение к отцу

1. Думаю, что мой отец редко...

18. Если бы только мой отец захотел...

33. Я хотел бы, чтобы мой отец...

49. Думаю, что мой отец...

III. Отношение к семье

13. По сравнению с большинством других семей моя семья...

29. Моя семья обращается со мной, как с...

45. Большинство известных мне семей...



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



171

Назад

Закрыть

61. Когда я был ребёнком, моя семья...

IV. Отношение к женщинам (мужчинам)

11. Идеалом женщины (мужчины) для меня является...

27. Считаю, что юношей (девушек)...

43. Считаю, что большинство женщин (мужчин)...

59. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины) ...

V. Отношение к половой жизни

12. Когда я вижу женщину вместе с мужчиной...

28. Супружеская жизнь кажется мне...

44. Если бы у меня была нормальная половая жизнь...

60. Моя половая жизнь...

VI. Отношение к товарищам и знакомым

9. Думаю, настоящий друг...

25. Не люблю людей, которые...

41. Больше всего люблю тех людей, которые...

56. Когда меня нет, мои друзья...

VII. Отношение к вышестоящим лицам на работе, в школе

7. Моё начальство...

23. В школе мои учителя...

39. Когда ко мне приближается мой начальник...

54. Люди, превосходство которых над собой я признаю...

VIII. Отношение к подчинённым

4. Если бы я занимал руководящий пост...



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



172

Назад

Закрыть

21. Если кто-нибудь работает под моим руководством...

37. Мои подчинённые...

51. Когда я даю другим поручение...

IX. Отношение к товарищам по работе

14. Лучше всего мне работается с...

30. Люди, с которыми я работаю...

46. Люблю работать с людьми, которые...

62. Люди, которые работают со мной...

X. Страхи и опасения

8. Знаю, что глупо, но боюсь...

24. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь...

40. Хотелось бы мне перестать бояться...

55. Мои опасения не раз заставляли меня...

XI. Сознание вины

17. Сделал бы всё, чтобы забыть...

32. Моей самой большой ошибкой было...

48. Когда я был молодым, то чувствовал себя виноватым, если...

64. Самое худшее, что мне случилось совершить, это...

XII. Отношение к себе

2. Если все против меня, то...

19. Думаю, что я достаточно свободен, чтобы...

34. Моя наибольшая слабость заключается в том...

50. Когда мне начинает не везти, я...



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



173

Назад

Закрыть

XIII. Отношение к прошлому

10. Когда я был ребёнком...

26. До войны я...

42. Если бы я снова стал молодым...

58. Моим самым живым воспоминанием детства является...

XIV. Отношение к будущему

5. Будущее кажется мне...

22. Надеюсь на...

38. Наступит тот день, когда...

53. Когда я буду старым...

XV. Цели

3. Я всегда хотел...

20. Я мог бы быть очень счастливым, если бы...

36. Моим скрытым желанием в жизни...

52. Больше всего я хотел бы в жизни...

XVI. Отношение к болезни

6. Если бы не болезнь...

16. Всё-таки здоровые люди...

35. Моя болезнь...

57. Из-за болезни...

Каждый ответ (система отношений) оценивается по 3-балльной системе (0, 1, 2): 0 баллов ставится в том случае, если адаптация не нарушена, конфликт не выявлен; 1 — если конфликт на субклиническом



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



174

Назад

Закрыть

уровне, испытуемый сам видит пути разрешения конфликта; 2 — когда адаптация нарушена, требуется психотерапевтическая коррекция.

Анализируя ответы испытуемого, удаётся выявить его отношение к себе, своему прошлому, настоящему, будущему, окружающей среде и т.д.

2.3.2 Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)

Предназначение и основные принципы. Больные, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, наряду со специфическим биологическим лечением, нуждаются в психотерапевтической помощи. Целью психотерапии в этом случае является изменение отношения больного к своей болезни, к самому себе и к своему окружению. В связи с этим объектом психотерапевтических воздействий является личность больного, понимаемая с позиций «психологии отношений» (В.Н. Мясищев). Однако разработка показаний и противопоказаний к использованию разных видов и методов психотерапии при хронических соматических заболеваниях пока мало продвинулась вперед. Они должны основываться прежде всего на знании типов личности, особенностей складывающихся в процессе болезни личностных отношений, охватывающих как саму болезнь, так и все, что с ней связано. Многолетние усилия психосоматической медицины в США и других западных странах были направлены на выявление связи между определенным типом личности и каким-либо



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



175

Назад

Закрыть

психосоматическим заболеванием. Выделялись, в частности, «язвенный тип», «коронарный тип», «артритический тип» и т.п. (F. Dunbar, 1954; F. Alexander, T.M. French, 1968). Отношение же больного к своей болезни, к окружению и к самому себе понималось прежде всего как функция бессознательного (G.H. Pollock, 1978). С позиций психологии отношений следует признать, что эти отношения в подавляющем большинстве — сознательные, а те, что не осознаны, в принципе, могут стать сознательными.

Свойства личности — важный, но далеко не единственный фактор, определяющий отношение к болезни. Отношение к ней и ко всему, что с ней связано и на что она оказывает влияние, определяется тремя важнейшими факторами: 1) природой самого соматического заболевания; 2) типом личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера; 3) отношением к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в той микросоциальной среде, к которой он принадлежит. Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему, к работе, родным и близким, к окружающим.

Диагностика типов отношений к болезни, необходимая для использования дифференцированных психотерапевтических и реабилитационных программ, может осуществляться тем же путем, который обычно используется в клинической психиатрии, т.е. путем расспроса больного, наблюдения за его поведением, собирания сведений от родных и близких



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



176

Назад

Закрыть

и т.п. Однако этот путь сложен, требует опыта и много рабочего времени врача или медицинского психолога и поэтому весьма труден при необходимости обследовать большое число соматических больных. Помощь здесь может оказать специально разработанный диагностический опросник.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с нею личностных отношений, у больных хроническими соматическими заболеваниями. Текст опросника был составлен при участии сотрудников Института им. В.М. Бехтерева: И.Г. Беспалько, Л.И. Вассермана, И.Н. Гильяшевой, Н.Я. Иванова, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой, Т.М. Мишиной, Т.Л. Федоровой под редакцией А.Е. Личко.

Предлагаемый диагностический код для оценки результатов был разработан по материалам обследований больных, проведенных группой психиатров и психологов. Опросник диагностирует сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Диагностируемые типы отношений. С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов):

1. Гармоничный (Г). Трезвая оценка своего состояния без склон-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



177

Назад

Заккрыть

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

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

3. Ипохондрический (И). Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



178

Назад

Закрыть

в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

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

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

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

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



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



179

Назад

Закрыть

становятся приметы и ритуалы.

8. Сенситивный (С). Чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

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

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

11. Анозогностический (З). Активное отбрасывание мысли о болез-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



180

Назад

Заккрыть

ни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

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

13. Паранойяльный (П). Уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злomu умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Система отношений, связанных с болезнью, может не укладываться ни в один из описанных типов. Здесь речь может идти о смешанных типах, особенно близких по картине (тревожно-обсессивный, эйфорически-анозогнозический, сенситивно-эргопатический и др.). Но система отношений может еще не сложиться в единый паттерн, тогда ни один из перечисленных типов не может быть диагностирован, и черты многих или всех типов бывают представлены более или менее равномерно.

Техника исследования и раскодирование результатов. Испы-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



181

Назад

Закрыть

Таблица 2.2 – График раскодирования

10													
9												X	
8												X	
7												X	
6												X	
5	X											X	
4	X						X	X				X	
3	X	X	X			X	X	X				X	
2	X	X	X			X	X	X				X	
1	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П

туемому вручаются брошюра с текстом опросника и регистрационный лист. Разъясняется, что на каждую тему можно сделать от 1 до 3 выборов (не более!) и номера сделанных выборов обвести кружком. Если ни одно из определений не подходит, обводится символ «0». Когда больной не хочет отвечать именно на данную тему, графа остается незаполненной. Однако число нулей и незаполненных граф в сумме не должно превышать трех. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Но испытуемому не разрешается консультироваться с другими людьми. Раскодирование удобно осуществлять с помощью графика, представленного в таблице 2.2, где по абсциссе обозначены символы типов (они в скобках даны в приведенном описании типов), а по ординате отложены крестиками баллы в пользу каждого из типов:



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



182

Назад

Закрыть

Таблица 2.3 – Минимальные диагностические числа для типов отношения к болезни

Тип отношения	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Минимальное диагностическое число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3

Каждый буквенный символ в графе «Баллы для раскодирования» соответствует 1 баллу в пользу соответствующего типа. Два и более символа за один выбор, например ТН, ЗФ, означают, что по одному баллу начисляется на каждый из этих типов. Сдвоенные символы, например ПП, РР, обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла. После построения графика диагностика типа осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1. Диагностироваться могут только типы, в отношении которых набрано такое число баллов, которое достигает или превышает минимальное диагностическое число для данного типа. Минимальные диагностические числа для разных типов неодинаковы:

2. Если минимальное диагностическое число достигнуто или превышено в отношении нескольких типов, диагностируется 2–3 типа, где превышение наиболее велико. Если же этого сделать не удастся, то никакой тип не диагностируется.

3. Гармоничный тип диагностируется только в тех случаях, когда, согласно правилам 1 и 2, не диагностируется никакой другой тип. В сочетаниях гармоничный тип не диагностируется.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



183

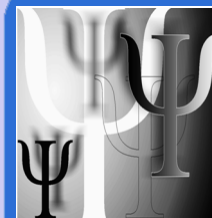
Назад

Закреть

На приведенном графике в пользу эргопатического типа (Р) набрано 8 баллов, т.е. минимальное диагностическое число превышено на 2 балла. В пользу сенситивного типа набрано 3 балла, т.е. минимальное диагностическое число только достигнуто. В отношении всех других типов (Т, О, И, Н) минимальное диагностическое число не достигнуто. Таким образом, диагностируется смешанный тип — эргопатический с чертами сенситивности.

2.3.3 Торонтская алекситимическая шкала

Под алекситимией понимают сниженную способность к вербализации эмоциональных состояний. Алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии, воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение. Уровень алекситимии измеряется при помощи специального опросника — Торонтской Алекситимической Шкалы, адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



184

Назад

Закрыть

Таблица 2.4 – Текст ЛОБИ и код для оценки результатов

№выбора	Предлагаемые выборы	Баллы для раскодирования
	Самочувствие	
1	С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	Т
2	Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	З
3	Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	Г
4	Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	ПП
5	У меня почти всегда что-нибудь болит	И
6	Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений	Н
7	Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	Т
8	Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	–
9	Мое самочувствие вполне удовлетворительно	
10	С тех пор, как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	ТН
11	Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



185

Назад

Закреть



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



186

Назад

Закреть

	Настроение	
1	Как правило, настроение у меня очень хорошее	Ф
2	Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	ННТЯ
3	У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	ООС
4	Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	Г
5	Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	ИЯ
6	Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	ТН
7	У меня стало совершенно безразличное настроение	А
8	У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	–
9	У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев	–
10	Малейшие неприятности сильно задевают меня	П
11	Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение	ТТО
12	Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



187

Назад

Закрыть

	Сон и пробуждение ото сна	
1	Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	–
2	Утро для меня – самое тяжелое время суток	–
3	Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	ТНО
4	Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	А
5	Я сплю мало, но встаю бодрым, сны вижу редко	
6	С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	–
7	У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения	–
8	Бессонница у меня наступает периодически без особых причин	
9	Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час	–
10	Утром я встаю бодрым и энергичным	
11	Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	СС
12	По ночам у меня бывают приступы страха	О
13	С утра я чувствую полное безразличие ко всему	
14	Я могу свободно регулировать свой сон	
15	По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	О
16	Во сне мне видятся всякие болезни	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



188

Назад

Закреть

	Аппетит и отношение к еде	
1	Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	С
2	У меня хороший аппетит	ФП
3	У меня плохой аппетит	И
4	Я люблю сытно поесть	
5	Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	З
6	Мне легко можно испортить аппетит	
7	Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность	И
8	Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье	Р
9	Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	И
10	Еда не доставляет мне никакого удовольствия	
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



189

Назад

Закрыть

	Отношение к болезни	
1	Моя болезнь меня пугает	Т
2	Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	АА
3	Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	ФФ
4	Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	С
5	Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	ОО
6	Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	И
7	Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	П
8	Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	З
9	Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	РР
10	Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	И
11	Я здоров, и болезни меня не беспокоят	З
12	Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	ЯЯ
13	Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	НН
14	Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда	П
15	Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	Г
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	—



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



190

Назад

Закреть

	Отношение к лечению	
1	Избегаю всякого лечения — надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	—
2	Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	—
3	Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	—
4	Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	—
5	Я ищу новые способы лечения но, к сожалению, во всех них постепенно разочаровываюсь	—
6	Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию	
7	Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	
8	От лечения мне становится только хуже	—
9	Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	
10	Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	П
11	Считаю, что меня лечат неправильно	П
12	Я ни в каком лечении не нуждаюсь	—
13	Мне надоело бесконечное лечение, хочу только, чтобы меня оставили в покое	—
14	Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	Г
15	Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	—
0	Ни одно из определений ко мне не подходит (или ни одна из цифр не обведена)	ЗФР



На весь экран

Начало

Содержание



191

Назад

Закрыть

	Отношение к врачам и медперсоналу	
1	Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	Г
2	Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	И
3	Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей	П
4	Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	–
5	Мне все равно, кто и как меня лечит	
6	Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения	
7	Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	–
8	Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	Я
9	С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	Г
10	Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал не внимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности	НП
11	Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом	–
12	Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	
13	Считаю, что врачи и персонал на меня попусту тратят время	–
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–



На весь экран

Начало

Содержание



192

Назад

Закреть

	Отношение к родным и близким	
1	Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать	–
2	Я стараюсь родным и близким не показывать виду, как я болен, чтобы не омрачать им настроения	СР
3	Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело-больного	–
4	Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	–
5	Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	И
6	Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	–
7	Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	Я
8	Из-за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	
9	Из-за болезни я стал в тягость близким	
10	Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь	–
11	Я считаю, что заболел из-за моих родных	
12	Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	ГРР
0	Ни одно из определений ко мне не подходит	–

Инструкция испытуемому. Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен; 2) скорее не согласен; 3) ни то, ни другое; 4) скорее согласен; 5) совершенно согласен.

Обработка и интерпретация данных. Подсчет баллов осуществляется таким образом:

1) ответ «совершенно не согласен» — оценивается в 1 балл, «скорее согласен» — 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — 4, «совершенно согласен» — 5. Эта система баллов действительна для пунктов шкалы 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26;

2) отрицательный код имеют пункты шкалы 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах следует проставить противоположную оценку по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов, 2–4, 3–3, 4–2, 5–1);

3) сумма баллов по всем пунктам и есть итоговый показатель «алекситимичности».

Теоретическое распределение результатов возможно в пределах от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили сред-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



193

Назад

Закреть

Таблица 2.5 – Текст опросника

<i>Утверждения</i>	<i>Совершенно не согласен</i>	<i>Скорее не согласен</i>	<i>Ни то, ни другое</i>	<i>Скорее согласен</i>	<i>Совершенно согласен</i>
1. Когда я плачу, всегда знаю почему					
2. Мечты – это потеря времени					
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5. Я часто мечтаю о будущем					
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7. Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



194

Назад

Заккрыть



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



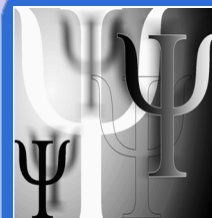
195

Назад

Закреть

8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12. Я способен с легкостью описать свои чувства					

13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14. Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15. Я часто даю волю воображению					
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17. Меня часто озадачивают ощущения, возникающие в моем теле					
18. Я редко мечтаю					
19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



196

Назад

Закреть



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



197

Назад

Закрыть

20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26. Я часто не знаю, почему я сержусь					

ние значения показателя алекситимии у нескольких групп испытуемых: контрольная группа здоровых людей — $59,3 \pm 1,3$, группа больных с психосоматическими расстройствами — $72,09 \pm 0,82$, группа больных неврозами — $70,1 \pm 1,3$.

2.4 Материал к темам «Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психосоматические заболевания», «Психология соматических заболеваний»

Психологический портрет больной с гипертонией. Больная К., 44 года. Детство и юность провела в деревне. На данный момент проживает в городе Бресте, работает няней на дому. Она воспитывает мальчика 2,3 года. Ей присущи сострадание, внимательность, вспыльчивость, терпеливость, готовность помочь другим в ущерб себе, обидчивость, ответственность.

Примерно 4 года назад ей был поставлен диагноз артериальная гипертония. Болезнь была выявлена случайно: болела голова, боли в области глаз, давление на переносицу — врач лечил гайморит, измерил артериальное давление — 160 / 90 мм рт. ст. До этого и в тот момент больная работала в горисполкоме поваром, на работе она не находила взаимопонимания с коллегами, «не прижилась», были периодические



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



198

Назад

Закрыть

конфликтные ситуации, в которых больная предпочитала смолчать, перетерпеть; свою злость, обиду не показывала, держала в себе. На работе было постоянное эмоциональное напряжение, «нервы на пределе», большая физическая нагрузка. Усугубляла это и ситуация в супружеских отношениях: измена мужа, скандалы в доме, постоянное выяснение отношений без окончательного разрешения ситуации. По словам больной, она находилась в состоянии хронической усталости, постоянного напряжения. Повышение давления наблюдалось в ситуациях, когда больная сильного нервничала, при большом волнении, когда страдала от бессонницы, которая была результатом нервного перенапряжения».

Нельзя сказать, что у больной гипертония является наследственным заболеванием, хотя у ее отца и стоит этот диагноз. Отцу он был поставлен в позднем возрасте (около 70 лет), после диагноза «атеросклероз». У матери давление было в норме.

В детстве больная не часто, но бурно выражала свои негативные эмоции, не сдерживалась, эмоции были направлены на того, кто раздражал, кто их вызвал. Но в конфликтных ситуациях в семье (в основном конфликты были с отцом) ей не давали возможности высказаться, «закрывали рот», кричали — на этом конфликт и заканчивался. Разрешения конфликта не было, «...оставалась обида, чувство несправедливости, невыраженная злость».

В настоящее время приступы гипертонии продолжают продолжаться. Можно предположить, что они связаны с неразрешенными внутренними конфлик-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



199

Назад

Закреть

тами — борьба с постоянно нарастающим враждебным чувством. Понимание больной, что она не может дальше жить с бывшим супругом, но и невозможность разъехаться по объективным причинам. В этой ситуации больная К., по ее словам, должна как-то мирно жить с ним, но не получается. Это выливается в постоянное раздражение, гнев по пустякам, состояние «разбитости», упадок сил. Больная К. очень эмоционально реагирует на события в своей жизни (высокая чувствительность), но чувства обиды, злости, раздражения часто не находят своего внешнего выражения из-за нежелания обидеть окружающих или из-за объективных причин, например, на работе. В этот момент больная испытывает раздражение, которое за целый день перерастает в эмоциональное напряжение, усталость, злость, но эти чувства не выражаются. «Я не могу это проявить, я же на работе. Если бы могла проявить, может быть, и не болела бы. Иногда просто про себя матерюсь».

В 2005 году, в течение 8 месяцев, больная К. работала в Санкт-Петербурге. Этот период характеризуется полной сменой обстановки: новый город, новая работа, новые знакомства, отсутствие прежних связей, отношений. По словам больной К., в это время преобладают положительные эмоции, отсутствует напряжение, раздражительность по мелочам, формируется новый взгляд на себя: «В Питере я чувствовала себя и физически, и психически намного лучше. Я чувствовала, что меня там ценили, даже самооценка повысилась». Приступы гипертонии не беспокоили. После возвращения домой, в ту же напряженную обстановку, через некоторое



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



200

Назад

Закреть

время приступы гипертонии вновь возобновились.

Можно предположить, что в основе психосоматического расстройства лежит неразрешенный внутренний конфликт: желание изменить жизнь, уйти от мужа и объективная, по словам больной, невозможность это сделать, вероятно, неосознанный страх, боязнь кардинальных перемен, сильное и длительное эмоциональное перенапряжение. Причина также в том, что больная К. не умеет выражать свои негативные эмоции, хранит их в себе, подавляет.

Психотерапия должна начинаться с объяснения психотерапевтом причин повышения давления: подавление злости, раздражение. Необходимо научить больную выражать негативные эмоции продуктивным способом. Также необходимо, чтобы больная осознала, что у нее действительно существует данная проблема, и отнеслась серьезно как к психотерапии, так и к медикаментозному лечению. Можно использовать релаксацию и методы поведенческой терапии для снижения напряжения. Больная К. должна проанализировать и понять, какие конфликты, ситуации, трудности вызывают повышение артериального давления, и пытаться решить их продуктивно, рационально, без эмоционального напряжения. Важно, чтобы больная не накапливала в себе обиды, недовольство, а высказывала их в наличной ситуации, используя «Я-высказывания».

Психологический портрет больной с мигренью. Анна Иванова, 40 лет, вдова, детей нет. Ресторатор — имеет небольшой личный ресторан. С 20 лет страдает приступами мигрени.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



201

Назад

Закрыть

Мигрень имеет ряд признаков: приступам предшествуют сонливость, раздражительность, расстройство ориентировки в пространстве, постоянная утомляемость, «туман» перед глазами, неадекватная отрицательная реакция на запахи. Затем появляется головная боль, которая постепенно нарастает, часто концентрируется в одной половине головы, боль может менять место локализации, может болеть вся голова (в переводе с французского мигрень — это «боль в половине головы»). Головная боль часто сопровождается тошнотой и даже рвотой, но облегчения это не приносит. Приступы бывают разной тяжести и частоты, длятся сутки и более, могут наблюдаться в любом возрасте. Чаще страдают женщины.

Диагностировать мигрень составляет определенную трудность. Диагностика основывается на следующих критериях: приступы однообразны, имеются определенные признаки, предшествующие головной боли, а также зачастую заболевание обусловлено наследственностью. Приступы сменяются состоянием абсолютного здоровья, они могут сопровождаться расстройством зрения, слуха, тактильных ощущений, обоняния, онемением лица, рук, нарушением мочеиспускания, дефекации.

Анна Ивановна в 20 лет вышла замуж. Будучи беременной, потеряла мужа, не смогла справиться с горем, перенесла сильнейший стресс, что явилось причиной выкидыша. После этого совершенно замкнулась в себе, да и ещё от природы она необщительна. Своим горем ни с кем не делилась. С этого момента начались приступы мигрени.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



202

Назад

Закрыть

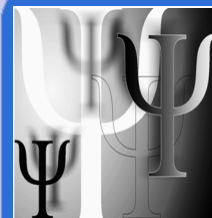
Сама Анна Ивановна рассказывает, что с детства ни с кем не делилась своими переживаниями, кроме бабушки, с которой виделась редко. Ей казалось, что мама отдаёт предпочтение сестре. С последней до сих пор отношения остаются напряженными.

Приступы беспокоят, когда начинаются сложности на работе (санстанция, проверки), сопровождаются эмоциональным напряжением. Приступы почти отсутствуют, когда дела в ресторане идут успешно, и совершенно не наблюдаются, когда гостит у бабушки. По её словам, бабушка — единственный человек, которому она может рассказать почти (!) всё о своей жизни, проблемах, переживаниях. Но видится она с бабушкой по-прежнему редко. Особенно тяжелыми приступы бывают, когда здоровье бабушки ухудшается (ей уже 84 года). Анна Ивановна боится потерять её, боится даже думать об этом.

Медики не могут однозначно поставить диагноз. Мать Анны Ивановны также страдала мигренью и гипертонией.

Медикаментозное лечение не помогает. Бывают периоды, когда она принимает по 3–4 таблетки в день. Рассказывая о своей жизни, лишь мельком упоминает о покойном муже и потерянном ребенке. Не хочет говорить об этом. Но вот уже 20 лет хранит фотографии, письма, справки от врача о её беременности, иногда пересматривает их.

Анна Ивановна очень сдержанный человек, со стороны может показаться, что суровый, замкнутый, любит быть в одиночестве. Очень хорошо помнит детские обиды. Часто возвращается к прошлым событи-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



203

Назад

Закрыть

ям, как бы переживая их заново. Ей сложно говорить о своих эмоциях и чувствах. До сих пор не пережила потерю мужа и нерожденного ребенка.

Психологический портрет больной с артериальной гипертензией. Женщина, 50 лет. Болезни: гипертония (10 лет), узловая ма-стопатия (2 года).

История болезни. Замужем 28 лет. Имеет 2 взрослых дочерей. Мужа считает хроническим алкоголиком. Больная рассказывает о трудностях, связанных с ежедневной борьбой с мужем, т.к. он в состоянии алкогольного опьянения постоянно конфликтует. Полгода назад у мужа случился инфаркт, и по рекомендации врачей он бросил пить. Жена утверждает, что это было замечательное время, потому что в семье стало тихо и спокойно, можно было мирным путем решать вопросы. Но месяц назад он опять начал пить. Женщина обеспокоена состоянием его здоровья, пытается доказать ему, что это может привести к смертельному исходу. Опять возобновились ссоры. Она испытывает враждебные чувства к мужу, но не имеет возможности выразить свою агрессию непосредственно.

В настоящее время не имеет постоянной работы и поэтому находится в денежной зависимости от мужа. Ей необходимо платить за обучение младшей дочери, что, в свою очередь, усиливает зависимость от мужа и вызывает эмоциональное напряжение. Кровяное давление повышено до 220 / 180. Пару дней назад лежала в больнице на лечении, но положительного эффекта не наблюдается.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



204

Назад

Закрыть

Больная, имеющая высшее образование и работавшая в отделе снабжения крупного предприятия, 10 лет назад потеряла работу из-за своей ошибки при выполнении должностных обязанностей. Вследствие чего ей пришлось продать квартиру и всей семьей переехать жить к матери. Видимо, чувство вины не покидает больную, т.к. она не желает рассказывать об этой ситуации. Так как больная работала раньше в Бресте, а живет в Жабинке, то она бессознательно пытается искать работу, исключая Брест, чтобы ничего не напоминало ей о прежней неблагоприятной ситуации. Но постоянную работу по своей специальности найти не может. Именно поэтому на сегодняшний день ее личность уязвима. Больная об этом много говорит: «Я человек с высшим образованием, с большим стажем и опытом работы, я могла бы быть хорошим специалистом в отделе маркетинга на любом предприятии. Почему это не могут оценить?»

С одной стороны, женщина чувствует важность своей персоны, с другой стороны, она в отчаянии, что не может самореализоваться. Больная постоянно спрашивает: «Почему того взяли на работу, а меня нет? Чем он лучше меня?» В разговоре ищет в людях только недостатки.

Эта женщина живет в состоянии хронического подавления гнева, злости на общество, которое не может ее оценить. Но это чувство злости ей необходимо подавлять. Свое болезненное состояние она переживает как следствие жизненных стрессов. Пытается лечиться, но к врачам относится с недоверием. На операцию, связанную с мастопатией, не со-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



205

Назад

Закреть

глашается.

По личностному опроснику (ЛОБИ) были диагностированы эргопатический и паранойяльный типы отношения к болезни. Эргопатический тип характеризуется как «уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях такой человек старается во что бы то ни стало работу продолжать. Паранойяльный тип характеризуется крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности врачей.

Типичной личностной особенностью больной является выраженное желание лидировать. Она уверена в безукоризненности своих высказываний, считает, что все должны прислушиваться к ее мнению. Но ведет себя корректно, знает, кем и как можно манипулировать. Во многих случаях наблюдается внезапное изменение настроения: от воинственности до мягкости. Это является результатом сознательных усилий, чтобы контролировать себя, особенно агрессивные импульсы.

Вывод. Исходя из своих наблюдений и результатов исследований Ф. Александера, описанных в книге «Психосоматическая медицина», можно сказать, что характерная черта гипертоников — подавление агрессивных импульсов, что мы и наблюдаем у этой больной в отношениях с мужем, в отношении к обществу, предъявлении требований. Агрессивность создает страх у пациентки и дает ей возможность уйти от конкуренции к пассивной зависимой установке. Такая установка, в свою очередь,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



206

Назад

Закреть

вызывает чувство неполноценности и агрессию; возникает устойчивый порочный круг. Агрессия и подчинение одновременно стимулируют и блокируют друг друга.

В современном обществе свободное выражение агрессии запрещено. Соответственно больная живет в состоянии хронического подавления агрессии. Можно предположить, что постоянно подавляемый гнев, вызываемый ограничениями, приводит к хроническому повышению кровяного давления. Вероятно, мастопатия возникла вследствие нарушенных семейных отношений с мужем.

Основной психологической помощью при гипертонии является психоанализ агрессивных импульсов больного. Однако профилактика болезни полезнее, чем лечение, т.к. после самоутверждения пациент может стать проблемой для окружающих. Родственники таких пациентов утверждают, что, хотя и лечение улучшило соматическое состояние больного, но при этом он стал совершенно непереносим. Поэтому лучшим решением проблемы станет ранняя постановка диагноза и применение психотерапии на начальной стадии заболевания.

Психологический портрет больного с артериальной гипертензией. Владимир, 55 лет, болен гипертонией с 40 лет. Проявления болезни: повышенное артериальное давление, иногда выходящее за пределы дозволенного. Обычно — 220 / 160–240 / 160 мм рт. ст.

Этиология болезни: сам опрошенный считает причиной возникновения болезни наследственный фактор (у его матери также повышенное



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



207

Назад

Закреть

артериальное давление, хотя и в меньшей степени, чем у него (180 / 160). Наряду с наследственной предрасположенностью, Владимир не отрицает и наличие психодинамического фактора (особенности его темперамента, а также наличие в жизни определенных стрессовых ситуаций). Об особенностях своего темперамента больной рассказывать отказался («про себя как-то неловко рассказывать»), добавил только, что сильно переживает даже по пустякам. Пришлось расспросить об этом членов его семьи и понаблюдать за больным.

Характеристика личности больного. На первый взгляд, очень хмурый, но достаточно милый человек. Малообщителен, малоразговорчив, подвижен. Никогда не станет открывать тебе свою душу. За день может проронить 10-20 слов, и то по делу, не считая работы. Но зато, если находится «подшофе», поражает всех своим красноречием, знанием многочисленных тостов, умением красиво рассказывать истории, необычайным вниманием к окружающим. Его личность будто раскрывается в этот период.

Иногда у больного случаются вспышки гнева и агрессии, но это бывает довольно редко. В целом у него достаточно высокий самоконтроль, и, если его не знаешь, никогда не поймешь, что его что-то тревожит. Обычно, даже будучи весьма расстроенным, он сидит на диване и молчит, хотя в душе у него все кипит. Домашние уже научились узнавать по его виду: все ли хорошо или нет. Если что-то случилось, то лицо больного становится красно-бордовым (наверное, потому, что он подавляет



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



208

Назад

Закрыть

в себе агрессию).

Владимир очень совестливый, добрый, боится лишний раз кого-либо побеспокоить, чужого никогда не возьмет, честный даже в мелочах. Никогда от него не услышишь жалоб на состояние здоровья. Бывали случаи, когда он молча переносил боль. Иногда, по словам врачей скорой помощи, больной был на грани жизни и смерти. Однажды, когда у него давление было 270 / 160, он ответил, что все хорошо, ничего не болит.

История болезни. В молодости Владимир также не отличался особой общительностью, но старался находить общий язык со всеми. Давление не беспокоило. Все началось примерно к 40 годам, когда он получил неприятное известие в том, его сестру обвинили в мошенничестве и объявили в Федеральный розыск. Она скрывается до сих пор. Тогда и началось плохое самочувствие, повышенное артериальное давление, «нервозное» состояние.

Об этом случае больной вспоминать не хочет, при выяснении обстоятельств начинает злиться. Видимо еще и потому, что они с сестрой работали на одном предприятии, и рабочие начали его подозревать в сговоре с сестрой, хотя он человек честный. За 15 лет его сестра не приехала на похороны своего мужа, не навестила мать. Владимир это тяжело переживает.

Проявление болезни. Небольшое повышенное давление считается для него нормой. Главное, чтобы оно не повышалось до критической отметки. Это бывает периодически, таблетки не помогают. Когда Владимир



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



209

Назад

Закрыть

выпьет, начинает сильно дышать, возникает одышка. Если перенервничает или волнуется, лицо его становится бордовым, глаза наливаются кровью; приступ агрессии сопровождается еще потливостью ладоней.

Таблетки, прописанные врачом, пьет постоянно, даже на работе. Однако к рекомендациям врача — не пить много жидкости, не есть сладкого и соленого, совершенно не пить спиртное — относится скептически. Говорит, что в целом чувствует себя здоровым человеком, не считает гипертонию серьезной болезнью. Отказывается периодически ложиться в больницу для профилактики приступов, приходится заставлять всей семьей.

Выводы о причинах болезни. Наследственный фактор, неотреагированные отрицательные эмоции, болезнь — это защитная реакция организма на перечисленные выше психотравмирующие ситуации.

Исследования Бингера позволяют выдвинуть гипотезу о влиянии прошлых переживаний на подавление агрессивных импульсов больного. Это общая черта «гипертоников». Противоположные тенденции — агрессия и подчинение — одновременно стимулируют и блокируют друг друга, в результате чего возникает нечто вроде эмоционального паралича. Мы можем наблюдать это и у нашего больного.

В нашем обществе принято контролировать агрессивные импульсы, что отрицательно сказывается на людях с определенными чертами характера (скромными, честными, совестливыми). Такие люди живут в состоянии постоянного подавления отрицательных эмоций и импульсов,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



210

Назад

Закреть

что приводит к хроническому повышению кровяного давления, поскольку гнев не разряжается.

Таким образом, невыраженные агрессивные импульсы могут стать источником постоянной стимуляции сердечно-сосудистой системы, что аналогично ситуации подготовки к сражению, которое никогда не состоится.

По результатам ЛОБИ выявлен анозогнозический тип отношения к болезни. Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись своими средствами.

Психологический портрет больного сахарным диабетом. Мужчина родился последним ребенком в многодетной семье. Воспоминания детства — постоянное чувство голода. С 14 лет начал самостоятельную жизнь. Трудоголик, не может без работы ни минуты. По характеру — очень замкнут, малообщителен, его трудно разговорить. Несдержанный, даже деспотичный, очень часты вспышки гнева и ярости. Общаясь, фокусирует внимание в основном на внешних событиях. Не умеет выражать положительные эмоции и чувства, психика для него не существует. Любовь и забота о семье проявляется в зарабатывании денег, стремлении сделать так, чтобы семья ни в чем не нуждалась.

Одной из причин возникновения у него сахарного диабета как пси-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



211

Назад

Закрыть

хосоматического расстройства является алекситимия — сложность нахождения слов для выражения своего эмоционального состояния, возникающая, вероятно, из-за семейных отношений в его детстве (деспотичный отец, не уважающий мать, поднимавший на нее руку; многодетная семья, в которой на последнего ребенка не хватало времени и внимания).

Немецкий психиатр Ф. Александер описывает при диабете основной базовый внутриличностный конфликт — пищевой, при котором наблюдается тенденция к отторжению пищи, а потом повышенная потребность в ее восполнении. Эта потребность может выражаться в неудержимом желании есть, быть накормленным, а также в наличии избыточных запросов на рецептивное удовлетворение в межличностных отношениях.

Ни одна жизненная функция в ранние годы жизни не играет столь важной роли в эмоциональной деятельности организма, как питание. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления. Таким образом, удовлетворение голода связывается с ощущением комфорта и защищенности. Страх голодной смерти остается основой незащищенности, боязни будущего, даже если смерть от голода не угрожает. Кроме того, насыщение ассоциируется с ощущением того, что тебя любят.

Перечислим некоторые причины, которые могли стать источниками возникновения внутриличностного пищевого конфликта, что привело к болезни: а) детские воспоминания больного о постоянном голоде; б) акцентирование внимания в собственной семье на питании (требование к



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



212

Назад

Закреть

жене, чтобы готовила большое количество блюд; обида на просьбу соблюдать диету; большая часть бюджета семьи уходит на питание и пр.); в) неумение выражать положительные эмоции.

Психологический портрет больного сахарным диабетом. Леопольд, 82 года, страдает сахарным диабетом в течение 20 лет. Больной дважды в день принимает препараты, содержащие инсулин.

Детство больного можно охарактеризовать как тяжелое и голодное. В возрасте 8 лет его вместе с репрессированной матерью выслали: «Привезли нас с мамой на какую-то станцию под Минском, где нас посадили в вагоны для скота. Это была зима. В вагоне было много людей, холодно. Мы ехали две недели без остановок. Чтобы мы не умерли, нам приносили кашу, горячую воду и кусок мыла на целый день. Я был постоянно очень голоден. Я думал только о еде и ни о чем больше».

В 22 года участвует в военных действиях (командир войска польского): «Я стал командиром совсем в юном возрасте. Мне подчинялся целый полк. Я гордился собой, но опять испытал ужасное чувство голода. И после этого я сказал себе, что сделаю все, чтобы со мной этого больше не повторилось».

В 28 лет Леопольд переезжает из Польши в Англию. Там он поступает в университет: «Моя стипендия была ужасно мала. Мне надо было платить за жилье, покупать книги для учебы. В итоге оставалось совсем мало денег для еды. Во всем себе отказывал, покупал только самое необходимое: хлеб, чай. Сладостей совсем немного. Еще я курил, очень много



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



213

Назад

Закрыть

курил. Сигареты в Англии дорогие. Поэтому через некоторое время я бросил курить, о чем не жалею».

Учась в университете, Леопольд познакомился со своей будущей женой, с которой он живет до сих пор: «Это замечательная женщина, она мне в жизни во многом помогла. Она работала, а я учился. Я был полностью зависим от нее и с жильем, и с питанием».

После окончания университета Леопольд устроился на высокооплачиваемую работу и стал зарабатывать вдвое больше, чем его жена: «Я стал зарабатывать много и решил, что мы деньги будем делить следующим образом: я плачу за питание и готовлю сам, жена платит за дом. Моя жена согласилась. Но сейчас у нас по-другому. Я плачу за свое питание отдельно, она — за свое, и я, конечно, за дом».

Из наблюдений за больным было выявлено следующее: в его доме отдельные кухни для него и его жены. На его кухне находятся 3 больших холодильника, в которых большое количество разнообразной еды. Причем еда хранится и в гараже, и столько, что больной сам не знает, что там находится. Машина стоит на улице, т.к. в гараже ей не хватает места.

Леопольд готовит еду и ходит по магазинам самостоятельно. Когда он начинает готовить обед, на это уходит целый день. После этого он чувствует сильную слабость и усталость. Вечером он всегда обдумывает, что будет готовить на следующий день.

Поход по магазинам тоже отнимает много сил и времени, но ему это



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



214

Назад

Заккрыть

доставляет удовольствие. Он покупает даже то, что у него есть в холодильнике: «Когда я захожу в магазин и вижу что-то дешевое, что я люблю, я это буду покупать, даже если это у меня есть. Пусть будет».

Во время беседы с больным он все время говорил о еде, о ее покупке, приготовлении, о том, что любит есть и умеет готовить. Наблюдения показали, что у больного существует некий базисный конфликт, связанный с приобретением пищи, который отражается в чрезмерных агрессивных орально-инкорпорирующих тенденциях. Эта потребность выражается в ненасытном желании пищи, желании быть накормленным.

Врачи считают, что наиболее важным фактором развития сахарного диабета является избыточный вес больного, потому что при ожирении возрастает потребность в инсулине. Рекомендации: больной должен осознать свои бессознательные требования и фрустрации и пойти на компромиссы, которые в наибольшей степени согласуются с его возрастом и социальной средой. Тогда он будет действовать и питаться как нормальный человек, не причиняя вреда ни себе, ни окружающим людям.

Психологический портрет больной бронхиальной астмой.
Ирина, 32 года, менеджер по продажам. Болеет бронхиальной астмой с 10 лет. Коммуникабельная, дружелюбная, ответственная, настойчивая в достижении целей, независимая. Хорошая мать. Иногда излишне эмоциональна, импульсивна, легко ранима, уважает свои чувства.

Когда Ирине было 7 лет, ее родители развелись. Для девочки это не было психической травмой, так как отец периодически пил, скандалил,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



215

Назад

Закреть

а маму Ира очень любила и была сильно к ней привязана эмоционально. Через три года мать Иры решила, что девочка должна пожить с бабушкой (т.к. своего жилья не было), что стало для ребенка стрессом.

Бабушка была человеком строгим, неэмоциональным и, как казалось Ире, неласковым. Девочка начала болеть простудными заболеваниями: фарингит, ларингит, бронхит. Ира тосковала по маме, дружить было не с кем, от бабушки постоянно скрывала свое плохое настроение, чтобы не обижать ее. Девочка испытывала чувство одиночества, несвободы, часто подавляла желание плакать. Будучи сверхчувствительной, легко-ранимой, не ощущая поддержки, которую всегда чувствовала рядом с мамой, не имея возможности выговориться, пожаловаться на свою тоску и одиночество, Ира все больше замыкалась в себе. Потом начались приступы удушья. Врачи поставили диагноз: бронхиальная астма. Когда мама приезжала к бабушке или Ира была у мамы, приступы исчезали.

Через 2 года мама получила квартиру, и девочка переехала к маме в Минск, а через 6–7 месяцев приступы исчезли вообще. С 12 лет до 31 года приступов удушья не было. За это время Ира окончила институт, вышла замуж, родила сына, развелась с мужем. Потом снова вышла замуж за состоятельного мужчину, и через 5 месяцев после свадьбы снова начались приступы удушья. Муж Иру раздражает, несмотря на его положительные качества: она с трудом переносит его привычки, то, как он ест, двигается, пахнет. Сказать об этом не может, как когда-то не могла пожаловаться бабушке, боясь ее обидеть. При этом ей нужно делать вид,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



216

Назад

Закреть

что все в порядке, оставаться спокойной, невозмутимой. Иногда у женщины бывает неадекватная неестественная веселость, некая «бравлада» в поведении. Она говорит, что ее постоянно душит желание плакать, что она подавляет свои чувства и переживания, испытывает чувство несвободы и вины. С другой стороны, ощущает, что накапливается агрессия, которой она боится дать волю. Эта агрессия возникает из возмущения тем, что приходится переживать «такое, допускать это», и это возмущение перехватывает дыхание. Ирина переживает свое бессилие что-то изменить в ситуации, не разрушая семью и не причиняя боль другим. Родные, муж, сын не понимают, что с ней происходит, думают, что все в порядке.

Проблема Ирины в том, что она хочет удержать то, что имеет, несмотря на то, что это отравляет ей жизнь, лишает здоровья. Кроме того, женщина не может дать волю своим чувствам, не может высказать то, что она думает, что провоцирует приступы удушья. Накопленные неотреагированные эмоции становятся причиной психосоматического заболевания с приступами удушья.

Психологический портрет больной нейродермитом. Елена К., 24 года, не замужем, товаровед. Детство и юность провела в деревне, на данный момент проживает в городе Жабинка. Воспитывалась в полной семье: росла с отцом, матерью, старшей сестрой, младшим братом. В семье царил благоприятная обстановка, дети всегда были окружены вниманием, заботой, лаской со стороны близких; никогда не возникало



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



217

Назад

Закрыть

конфликтных ситуаций.

Лена росла спокойной, уравновешенной девочкой. Однако в 16 лет ей был поставлен диагноз: нейродермит. Как выяснилось, на протяжении всего детства у нее были различные кожные заболевания: диатез, ветряная оспа, гепатит В, дерматит и др. (названий не помнит). Протекание болезней всегда было сложным, так как был ослаблен иммунитет.

Впервые признаки нейродермита проявились в 11 классе. До того времени Лена зарекомендовала себя примерной, ответственной ученицей. Добросовестно выполняла домашние задания. Учеба давалась легко, девочка была отличницей в классе. Однако всегда переживала по поводу каждой оценки, так как хотела оправдать ожидания учителей и родителей. Постепенно «ушла с головой в учебу», так как впереди ждали выпускные экзамены, поступление в вуз. В течение года занималась с репетитором, посещала факультативы, то есть была занята подготовкой к поступлению. Именно тогда Лена К. начала ощущать истощаемость, слабость, повышенную возбудимость, находилась в состоянии хронической усталости, постоянного напряжения. Ее начали раздражать малейшие пустяки, ей не нравилось то, что ее отвлекают. Замечая за собой, что работоспособность падает, девушка все равно продолжала заниматься. Родители пытались хоть как-то отвлечь ее от учебы. Для разрешения данной ситуации были привлечены ее друзья, одноклассники, бабушка с дедушкой. Однако их предложения, замечания Лена всегда игнорировала. Она стала проявлять вспыльчивость, неуравновешенность в



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



218

Назад

Закрыть

адрес окружающих. Испытывала эмоциональное напряжение, «нервы были на пределе» оттого, что ей постоянно мешают. Начала бурно выражать негативные эмоции: злость, гнев, недовольство. Иногда доходило до конфликтных ситуаций. В тот момент и начали проявляться первые признаки заболевания. Особенно ярко дала знать о себе болезнь в тот день, когда Лена узнала о гибели своего лучшего друга. И тогда она «ушла в себя»: не хотела ни с кем общаться, никого не хотела видеть, испытывала состояние разбитости, упадка сил, утратила жизненную активность, потеряла интерес ко всему происходящему, но, тем не менее, продолжала дальше заниматься учебой. Сложившееся состояние Лены и способствовало дальнейшему развитию заболевания.

Лена успешно выдержала экзамены и была зачислена в университет. Она расширила круг друзей, больше времени стала уделять активному отдыху. Казалось, что все позади. Но болезнь время от времени давала о себе знать, так как появлялись новые проблемы: зачеты, сессия и т.д. Лена эмоционально реагировала на события в своей жизни, без нервного перенапряжения не обходилось.

В настоящее время симптомы болезни продолжают проявляться, так как уже на работе испытывает постоянное эмоциональное напряжение. Комментирует: «Никогда не угодить людям». Лена пытается обходить стороной конфликтные ситуации, жить мирно, но не всегда получается так, как хочется. А это и выливается в постоянное раздражение, обиду, злость. Эти чувства никак не выражаются, сдерживаются в себе: «Такой



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



219

Назад

Закрыть

я человек и с этим ничего не могу поделать».

В данный момент Лена находится на учете в Брестском кожно-венерологическом диспансере, где периодически проходит курс лечения (2 раза в год в обязательном порядке). Соблюдает медикаментозное лечение, посещает курсы иглотерапии и аутогенной тренировки.

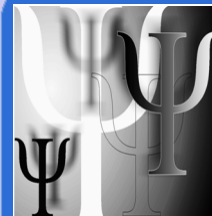
Важно оказать больной и психотерапевтическую помощь: объяснить ей причины проявления болезни — подавление чувств, эмоций, реакция на многочисленные стрессы. Необходимо помочь ей осознать, какие конфликтные ситуации, трудности, противоречия вызывают данное заболевание, и попытаться решать их адекватно, рационально, без эмоционального напряжения.

2.5 Материал к теме «Нарушения психических функций при психопатологии»

2.5.1 Практикум по патопсихологии

Ниже описаны некоторые патопсихологические методики, которые могут использоваться при изучении нарушений высших психических функций у больных, прежде всего с психическими расстройствами. Описание этих методик, а также другие методики, необходимые для усвоения студентами, подробно описаны в руководстве [31].

1. Методика «10 слов» (заучивание десяти слов)



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



220

Назад

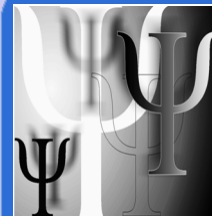
Закрыть

Эта методика применяется наиболее часто. Предложена А.Р. Лурия. Используется для оценки состояния памяти больных, утомляемости, активности внимания. Никакого специального оборудования не требует. Однако в большей мере, чем при остальных методиках, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двухсложных) слов. Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привыкает к какому-либо одному ряду слов, но желательно пользоваться не одним, а несколькими наборами, чтобы больные не могли их друг от друга услышать.

Инструкция состоит из нескольких этапов. В данном опыте необходима очень большая точность и неизменность произнесения инструкции и соблюдения условий опыта.

Первое объяснение. *«Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»*

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики под этими словами (таблица 2.6). Затем он продолжает инструкцию (второй этап).



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



221

Назад

Закрыть

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые повторил испытуемый. Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если испытуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяют, — ставит и под ними крестики.

В случае если испытуемый пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор останавливает его; никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т.е. примерно спустя 50-60 минут, снова спрашивает у испытуемого эти слова (без напоминания). В результате протокол опыта принимает примерно следующий вид.

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов. При истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер. При сужении объема внимания испытуемый заменяет предъявляемые слова новыми, созвучными словами.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



222

Назад

Закреть

Таблица 2.6 – Протокол методики «10 слов»

	лес	хлеб	окно	стул	вода	брат	конь	гриб	игла	мёд	огонь
1	+		+		+	+					
2	+		+			+		+			+
3	+	+			+	+		+			+
4	+	+								+	
5	+	+			+	+		+			
Час спустя		0						0			0

По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания больных. На большом количестве здоровых исследуемых установлено, что у здоровых людей, как взрослых, так и детей школьного возраста, кривая запоминания носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9 или 5, 7, 10 и т.д., то есть к третьему повторению исследуемый воспроизводит 9 или 10 слов и при последующих повторениях удерживается на числах 9 или 10. В приведенном протоколе кривая (4, 4, 5, 3, 5) свидетельствует о плохой памяти и инактивности больного. Кроме того, в этом протоколе отмечено, что исследуемый воспроизвел одно лишнее слово «огонь» и в дальнейшем при повторении «застрял» на этой ошибке. Такие повторяющиеся «лишние» слова, по наблюдениям некоторых психологов, встречаются при исследовании больных, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга, а также иногда у больных шизофренией в период интенсивной медикаментозной терапии. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



223

Назад

Закрыть

дети в состоянии расторможенности и взрослые по окончании или перед началом синдромов расстройств сознания.

«Кривая запоминания» может указывать и на ослабление активного внимания и на выраженную утомляемость больных. Так, например, иногда больной ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а затем после каждой пробы воспроизведения — все меньше и меньше. В жизни такой больной страдает обычно забывчивостью и рассеянностью, но в основе его забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Истощаемость внимания больных не обязательно проявляется в кривой с резким спуском вниз, а иногда кривая принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких случаях, больные воспроизводят одно и то же количество одних и тех же слов. Кривая имеет форму плато. Такое отсутствие нарастания удержания слов после их повторения свидетельствует об эмоциональной вялости больных; нет отношения к исследованию, нет заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низко расположенного плато наблюдается при паралитических синдромах.

Число слов, удержанных и воспроизведенных исследуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствуют о памяти в узком смысле слова, т.е. о фиксации следов воспринятого.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



224

Назад

Закрыть

2. Корректирующая проба (исследование внимания)

Для исследования особенностей активного внимания, его переключаемости и особенно истощаемости используется корректирующая проба Бурдона. Ее проведение позволяет определить колебания внимания, наличие утомляемости, упражняемость испытуемых по отношению к однообразным раздражителям. Ограничений по применению методики практически нет. Для проведения необходимо иметь спецбланк и секундомер.

Бланк представляет собой лист бумаги, на котором по строчкам в произвольном порядке расположены буквы русского алфавита.

Испытуемому предлагается вычеркивать в строчках либо 2, либо 4 буквы (на усмотрение исследователя). Засекается время. Через каждые 30 или 60 секунд (опять же по усмотрению исследователя) испытуемого просят чертой отметить то место на листе, на котором он находился в данный момент. Общее время выполнения задания 5 минут.

Проводится индивидуально и в группе, у испытуемого должно быть желание выполнить задание.

Инструкция: *Перед Вами наборы букв русского алфавита. Последовательно рассматривая каждую строчку, отыскивайте буквы «К» и «Н» и отмечайте их. Букву «К» нужно зачеркнуть, букву «Н» – обвести кружком. Задание необходимо выполнить быстро и точно.*

По команде «Черта» поставить черту на бланке. Работа начинается по команде. Время работы – 5 минут.

Другой вариант: *Вы должны просматривать эти буквы строчка*



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



225

Назад

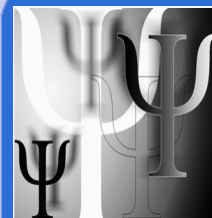
Закрыть

за строчкой, слева направо и вычеркивать все буквы «К» и «Р». Вычеркивать нужно, ставя вертикальные черточки. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании – работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» или «Р» не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть.

Экспериментатор включает секундомер и дает испытуемому сигнал начать. По прошествии каждой минуты экспериментатор ставит знак в том месте, где испытуемый держит в это время карандаш, стараясь не мешать.

Бланк корректурной пробы

СХАВСХЕВИХНАИСНХВХКСНАИСЕХВХЕНАИСНЕВХАК
ВНХИВСНАВСАВСНАЕКЕАХВКЕСВСНАИСАИСНАВХНВК
НХИСХВХЕКВХИВХЕИСНЕИНАИЕНКХККХЕКВКИСВХИ
ХАКХНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНАКСКВХКВНАВСН
ИСНАИКАЕХКИСНАИКХЕХЕИСНАХКЕКХВИСНАИХВИКХ
СНАИСВНХХВАИСНАХЕКЕХСНАКСВЕЕВЕАИСНАСНКИВ
КХКЕКНВИСНХХВЕХСНАИСКЕСИКНАЕСНКХКВИХКАКС
АИСНАЕХКВЕНВХКЕАИСНКАИКНВЕВНКВХАВЕИВИСНА
КАХВЕИВНАХИЕНАИКВИЕАКЕИВАКСВЕИКСНАВАКЕСВ
НКЕСНКСВХИЕСВХКНВВСКВЕВКНИЕСАВИЕХЕВНАИЕН
ХЕИВКАИСНАСНАИСХАКВННАКСХАИЕНАСНАИСВКХЕВ
ЕВХКХСНЕИСНАИСНКВКХВЕКЕКВНАИСНАИСНКЕКВХ
АВСНАХКАСЕСНАИСЕСХКВАИСНАСАВКХСНЕИСХИХЕК
ВИКВЕНАИЕНЕКХАВИХНВИХКХЕХНВИСНВСАЕХИСНАИ
НКЕХВИВНАЕИСНВИАЕВАЕНХВХВИСНАЕИЕКАИВЕКЕХ
КЕИСНЕСАЕИХВКЕВЕИСНАЕАИСНКВЕХИКХНКЕАИСНА



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



226

Назад

Закреть

ЕАКАЕКХЕВСКХЕКХНАИСНКВЕВЕСНАИСЕКХЕКНАИСН
ИСНЕИСНВИЕХКВХЕИВНАКИСХАИЕВКЕКИЕХЕИСНАИ
СНАИСАКВСНХАЕСХАИСНАЕНКИСХКЕХВХВСКНЕИЕНА
ЕКХЕКНАИВКВКХЕХИСНАИХКАХЕНАИЕНИКВКЕИСНАИ
ЕХВКВИЕХАИЕХЕКВСНЕИЕСВНЕВИСНАЕАХНХКСНАХС
ИСНАИЕИНЕВИСНАИВЕВХСИСВАИЕВХЕИХСКЕИЕХКИЕ
КЕВХВАЕСНАСНКИСХЕАЕХКВЕХЕАИСНАСВАИСЕВЕКЕ
ХВЕКХСНКИСЕКАЕКСНАИИЕХСЕХСНАИСВНЕКХСНАИА
АВЕНАХИАКХВЕИВЕАИКВАВИХНАХКСВХЕХИВХАИСНА
ВНСИЕАХСНАНАЕСНВКСНХАЕВИКАИКНКНАВСНЕКВХК
СИАЕСВКХЕКСНАКСХВХКВСНХКСВЕХКАСНАИСКСХКЕ
НАИСНХАВКЕВХКИЕИСНАИНХАСНЕХКСХЕВКХЕИХНАИ
ХЕВХЕНВИХНКВХЕКНАИСНХАИВЕНАИХНХКВХЕНАИСН
ВКЕВХАИСНАХКВНВАИЕНСХВКХЕАИСНАВХСВКАХСНА
КИСНКЕКНСВАИСВАЕХСХВАИСНАЕКХЕКАИВНАВЕКВЕ
АЕНКАИСХАИСНХИСВКВСЕКХВЕКИСНАИСНАИСКВСЕВ
ИСКАИКВККНВХСКВНАИЕНИСНАИХАВКНВЕХВАНКИЕХ
ЕВХЕВНАИСКАИАНАКХКВКЕКЕКВНХИСКАИСНВХАВХВ
НАИСНХСХВКИСНАИЕХЕКХНАИСНВЕХВЕИСНХВКХКВН
ХКВНХВКСНХНАИСНВКАХСВКХВХАИСНАНАХСНХВХВХ
АИСХААИКХАЕВЕХКСНВИВАИСНАХКИВХЕКИАХИНАИС

Обработка результатов. Рассчитать:

1. Продуктивность внимания (количество просмотренных букв за пять минут).

2. Точность выполнения: $A = a : (a + O)$, где a — количество правильно вычеркнутых букв; O — количество ошибок.

Если испытуемый не допускает ни одной ошибки, этот показатель



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



227

Назад

Закреть

равен единице, при наличии ошибок он всегда ниже единицы.

$E = S \times A$, где E — показатель продуктивности, S — число всех просмотренных знаков, A — показатель точности. Он характеризует не только чистую производительность — правильно воспринятые знаки из числа просмотренных, но и имеет некоторое прожективное значение. Например, если испытуемый в течение 5 минут посмотрел 1500 знаков и из них правильно оценил 1350, то с определенной вероятностью можно предсказать его продуктивность в течение более длительного времени.

3. Успешность работы оценивается так: $A = B + C$, где B — количество просмотренных знаков, C — показатель точности, который рассчитывается по формуле $C = (n \cdot 100) : m$, где n — общее количество букв, m — количество вычеркнутых букв. Значения B и C — в таблице 2.7.

Предлагаемый вариант «корректирующей таблицы» может быть использован в динамике исследования больных — взрослых, детей и пожилых людей, для оценки эффективности терапии в неврологической, нейрохирургической и психиатрической клиниках, а также в дефектологии и практике работы школьных психологов для решения задач психогигиены и психопрофилактики.

Во всех случаях полученные результаты следует рассматривать в совокупности многомерной психологической диагностики.

3. Счет по Крепелину

Предложенная Э. Крепелином методика была предназначена для ис-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



228

Назад

Закрыть

Таблица 2.7 – Показатели успешности работы испытуемых

Количество знаков	В	Точность в %	С
Меньше 1560	4	Меньше 81,9	1
1560–1720	5	81,9–83,0	2
1720–1880	6	83,0–84,1	3
1880–2040	7	84,1–85,1	4
2040–2200	8	85,1–86,2	5
2200–2360	9	86,2–87,3	6
2360–2520	10	87,3–88,4	7
2520–2680	11	88,4–89,5	8
2680–2840	12	89,5–90,6	9
2840–3000	13	90,6–91,6	10
3000–3160	14	91,6–92,7	11
3160–3320	15	92,7–93,8	12
3320–3480	16	93,8–94,9	13
3480–3640	17	94,9–96,0	14
3640–3800	18	96,0–97,0	15
3800–3960	19	97,0–98,1	16
3960–4120	20	98,1–99,2	17
4120–4280	21	Больше 99,2	18
4280–4440	22		
4440–4600	23		
4600–4720	24		
4720–4920	25		



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



229

Назад

Закрыть

следования волевых усилий, упражняемости и утомляемости больных. В настоящее время применение этой методики приобрело более широкий диапазон; ею пользуются для изучения психического темпа, колебаний внимания, переключаемости (с видоизменением инструкции) и для выявления отношения к экспериментальному заданию.

Для проведения опыта нужны бланки, на которых длинными рядами напечатаны пары цифр, подлежащих сложению. Существует много типографских изданий этих бланков, разного формата и расположения. Желательно выбирать бланки, на которых цифры были бы отпечатаны крупным шрифтом (таблица 2.9). Необходимы также секундомер и запасные мягкие карандаши для больных. Так же как и бланки корректурной пробы, бланки «счета по Крепелину» проверяются по «ключу».

Обычный вариант опыта проводится так: больному предлагают складывать числа, напечатанные одно под другим, и записывать результат, отбрасывая десяток. Так, например, если в ряду встречается 12, то больной должен подписать снизу только 2, а не всю сумму 12 (единицу, обозначающую десяток, нужно отбросить). Однако такое требование затрудняет многих больных, поэтому следовать ему не обязательно. Можно предложить больному записывать сумму полностью. Затем больного предупреждают о том, что он должен решать примеры в строчке до тех пор, пока экспериментатор не скажет «стоп». (Экспериментатор дает такой сигнал через 15 секунд после начала.) После этого он должен начать следующую строчку. Больному объясняют также, что он должен



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



230

Назад

Закрыть

стараться работать побыстрее, но самое главное — складывать точно, не допуская ошибок. В зависимости от состояния больного и от задачи исследования можно ограничиться одним бланком, т.е. предложить ему 8 строк сложения по 15 секунд на каждую; можно это количество уменьшить либо увеличить. Отдельный протокол вести не обязательно.

Такое построение эксперимента позволяет выявить темп работы больного, его внимание, а также наличие утомляемости. Отмечая, сколько сложений выполнил больной за каждые 15 секунд правильно и сколько допустил ошибок, можно построить график его работоспособности. Обычно это делается очень просто, путем проведения черты на самом бланке, но можно построить специальный график. Так, например, больной Л. за первые 15 секунд выполнил 16 сложений без одной ошибки, во вторые 15 секунд — 15 сложений и одно из них ошибочное, далее 16, 12, 12, 11 сложений и одно из них ошибочное, затем 10 и 8 сложений. Эти результаты могут свидетельствовать о некоторой истощаемости больного, падении его работоспособности при небольшой нагрузке.

4. Методика «Существенные признаки»

Методика выявляет логичность суждений больного, а также его умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения; при решении длинного ряда однотипных задач. Для проведения опытов нужны бланки с напечатанным текстом задач либо их машинописная копия.

Пользоваться формальной «жесткой» инструкцией нецелесообразно.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



231

Назад

Закрыть

Таблица 2.8 – Бланк сложения цифр

3 4 3 4 4 8 6 6 2 4 4 7 3 4 8 9 6 7 2 9 8 7 4
2 5 9 7 8 4 3 2 4 7 6 5 3 4 4 7 9 7 3 8 9 2 4
3 8 5 9 3 6 8 4 2 6 7 9 3 7 4 7 4 3 9 7 2 9 7
9 5 4 7 5 2 4 8 9 8 4 8 4 7 2 9 3 6 8 9 4 9 4
9 5 4 5 2 9 6 7 3 7 6 3 2 9 6 5 9 4 7 4 7 9 3
2 9 8 7 2 9 4 8 4 4 5 4 4 8 7 2 5 9 2 2 6 7 4
9 2 3 6 3 5 4 7 8 9 3 9 4 8 9 2 4 2 7 5 7 8 4
7 4 7 5 4 4 8 6 9 7 9 2 3 4 9 7 6 4 8 3 4 9 6
8 6 3 7 6 6 9 2 9 4 8 2 6 9 4 4 7 6 9 3 7 6 2
9 8 9 3 4 8 4 5 6 7 5 4 3 4 8 9 4 7 7 9 6 3 4
5 8 5 7 4 9 7 2 6 9 3 4 7 4 2 9 8 4 3 7 8 8 3
3 4 6 5 7 8 4 3 5 5 4 2 9 6 2 4 2 9 2 7 2 5 8
5 2 3 9 3 4 5 3 2 8 2 9 8 9 4 2 8 7 8 5 4 3 5
3 4 9 2 4 7 8 5 2 9 6 4 4 7 6 7 5 6 9 8 6 4 7
4 9 6 3 4 9 9 4 8 6 5 7 4 9 3 2 4 7 4 9 8 3 8
8 4 7 8 9 4 3 9 3 7 6 5 2 4 4 3 4 8 7 3 9 2 4



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



232

Назад

Закрыть

Вместо этого экспериментатор совместно с больным решает первую задачу и дает примерно следующие объяснения: «Вы видите здесь ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, а рядом с каждым таким словом (в скобках) — пять слов на выбор. Из этих пяти слов вы должны выбрать два — только два, не больше и не меньше — два слова, обозначающих неотъемлемые признаки вот этого, написанного крупным шрифтом предмета, т.е. то, без чего он не может быть. Вот, например, сад. Все те слова, которые рядом с ним в скобках написаны, имеют какое-то отношение к саду: и земля, и забор, и садовник, и собака и растения. Все это в саду бывает. Но без чего сад не может быть садом? Без земли и без растений. Без садовника или без забора сад будет, хотя, быть может, и плохой; без растений и без земли сада не бывает». Также совместно решается и вторая задача, а затем испытуемый решает и объясняет свои решения самостоятельно.

В зависимости от того, для какой цели в большей мере экспериментатору нужна данная методика, он может действовать двумя способами: либо он только записывает высказывания и ответы больного и обсуждает их после окончания всей работы, либо он сразу обсуждает с больным каждый следующий ответ, ставя ему контрольный вопрос.

1. **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



233

Назад

Закрыть

5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, круглость, печать).
8. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).
9. **Газета** (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. **Война** (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

ФОРМА ПРОТОКОЛА ПО МЕТОДИКЕ «СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ»

Номер задачи и вопросы экспериментатора	Ответы испытуемого	Объяснения и мотивировки испытуемого
1	2	3

5. Методика «Сходство» (субтест из теста интеллекта Векслера)

Направлен на выявление и измерение способностей к логическому обобщению и степени развития этих способностей. Фактически «Сходство» является упрощенным вариантом методики сравнения понятий, в котором задача испытуемого ограничивается лишь установлением сходства. Отыскание общих существенных признаков понятий требует высокой степени абстрагирования, способностей к классификации, сравнению и упорядочиванию, развитого понятийного мышления.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



234

Назад

Закрыть



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



235

Назад

Закреть

Таблица 2.9 – Методика «Сходство»

№п/п	Сходство	Оценка		
		0	1	2
1	Апельсин – банан			
2	Пальто – платье			
3	Топор – пила			
4	Собака – лев			
5	Стол – стул			
6	Глаз – ухо			
7	Север – запад			
8	Поэма – статуя			
9	Яйцо – зерно			
10	Поощрение – наказание			
11	Древесина – спирт			
12	Воздух – вода			
13	Муха – дерево			
	Общая оценка			

6. Методика «Дополнение». Методика, предложенная Эббингаузом, применялась для самых разнообразных целей: выявления развития речи, продуктивности ассоциаций. С успехом может быть использована для проверки критичности испытуемых.

Для проведения опытов существует множество вариантов текстов: отдельные фразы, более или менее сложные рассказы. Традиционно применяется следующий текст. Он используется в детской практике, а также для оценки интеллектуального развития, характера ассоциативной деятельности.

Инструкция. *В заданном рассказе необходимо написать пропущенные слова, закончив предложения.*

Над городом низко повисли снеговые Вечером началась Снег повалил большими Холодный ветер выл как дикий На конце пустынной и глухой вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с пробиралась по Она была худа и бедно Она подвигалась медленно вперед, валенки хлябали и ей идти. На ней было плохое с узкими рукавами, а на плечах Вдруг девочка и, наклонившись, начала что-то у себя под ногами. Наконец она стала на и своими посиневшими от ручонками стала по сугробу.

При оценке работы испытуемого следует учесть скорость подбора слов, затруднения в подборе слов в определенных, наиболее трудных



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



236

Назад

Закреть

местах текста (например, холодный ветер был как... или начала что-то...), а также критичность больного, т.е. его стремление сопоставлять те слова, которые он собирается вписать, с остальным текстом. Некоторые больные производят этот контроль, прежде чем заполнят пропуск, другие — исправляют и переделывают уже написанное. Однако если больной заполняет текст, а затем беззаботно отдает его экспериментатору в качестве выполненной работы так, как сделано в данном примере, то можно сделать вывод о снижении критичности.

2.5.2 Феноменология психических расстройств: примеры заключений по результатам патопсихологического обследования [14]

Заключение 1. Больной С., 49 лет, заместитель начальника отдела НИИ. Поступил с подозрением на эпилепсию.

Больной жалоб на умственную работоспособность не высказывает. Беседует охотно. Часто подчеркивает, что «здоров и почти ничем серьезным не болел». Заметна склонность показать себя с лучшей стороны. В речи встречаются слова с уменьшительными суффиксами. Инструкции выслушивает очень внимательно. Выполняет задания старательно. Допущенные ошибки, даже самые незначительные, старается скрыть (когда в чем-то неуверен, начинает говорить тихим голосом или старается незаметно вообще уйти от выполнения трудного для него задания; ча-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



237

Назад

Закрыть

сто свой неуспех пытается оправдать тем, что он впервые столкнулся с работой такого рода).

Инструкции к заданиям усваивает. Суждения последовательные, логика суждений не нарушена.

Вместе с тем следует отметить выраженное нарушение операциональной стороны мышления. Оперирование общими признаками предметов затруднено и заменяется установлением конкретно-ситуационных связей между предметами. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено. (Например, операция классификации предметов, в основе которой лежат выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств, вызывает затруднение. Больной часто прибегает к ситуационному принципу образования групп. Создает большое количество мелких групп на основании довольно конкретной предметной связи. Так, объединяет в одну группу посуду и весы — «это все предметы для приготовления пищи... весы тоже к кухне подходят... они способствуют лучшему приготовлению пищи... в поваренной книге предусматривается состав в граммах... нужно что-то развесить, например, для приготовления торта надо знать все в граммах»).

Отмеченные нарушения мышления ярко и четко выступают при применении метода исследования процесса опосредования (метод пиктограмм). В созданных образцах-ассоциациях отсутствовала условность, много излишних конкретных деталей как в суждениях, так и в рисун-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



238

Назад

Закрыть

ках. Например, для запоминания слова «сомнение» больной придумывает следующий образ и ведет такое рассуждение: «Я раскрываю утреннюю газету, быстро просматриваю вторую страницу, но предварительно я написал свою заметку и жду, что ее напечатают в этом номере, так как в предыдущем не было... быстро пробежал одну страницу — заметки нет, у меня возникают сомнения — будет ли в этом номере напечатана моя статья... открываю следующую страницу, допустим, это газета «Неделя», опять нет, несколько страниц просмотрел, у меня возникает волнение — напечатают или нет; в конце концов я открываю предпоследнюю страницу и нахожу свою корреспонденцию, сомнение мое исчезает».

При запоминании слова «справедливость» у больного возникает образ со следующими пояснениями: «Показан мальчик пяти лет, у него была в руках конфета, у него выхватил конфету мальчик десяти лет и пытался убежать, но здесь взрослый, увидев эту сцену, успел схватить мальчика десяти лет за руку, подвести к мальчику пяти лет, и тот возвращает ему конфету. Совершать такие поступки несправедливо по отношению к малышам... взрослый им напоминает, что надо быть справедливыми».

Описанный характер нарушений мышления можно квалифицировать как снижение уровня обобщений.

Следует отметить выраженную утомляемость больного при умеренной интеллектуальной нагрузке (сам больной тщательно пытается скрыть утомляемость). Отмечаются грубые колебания внимания, которые ино-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



239

Назад

Закреть

гда граничат с колебаниями тонуса сознания. Примером может служить отсчитывание из 200 по 13 — ...187 ...175 ...83 ...70 ...157 ...144 ...123 ...126 ...48 ...135 ...138 ...39 ...123 ...126 ...48 ...135 ...

Процесс запоминания и воспроизведения грубо не изменен. Отмечается лишь некоторая слабость воспроизведения.

Таким образом, в момент исследования выявились нарушения мышления: снижение уровня обобщений (наличие конкретно-ситуационных и обстоятельных суждений); выраженные обстоятельность, тугоподвижность и детализация ассоциаций. Отмечаются также заметная утомляемость и ярко выраженные колебания внимания, граничащие с колебаниями тонуса сознания.

Заключение 2. Больной А., 28 лет, по специальности техник. Диагноз: органическое поражение ЦНС неясного генеза (?), опухоль мозга (?).

Больной вял, пассивен на протяжении всего исследования. Речь монотонная, голос немодулирован. Задаваемые вопросы понимает медленно, с трудом. Ответы не всегда в плане поставленного вопроса. Жалобы носят расплывчатый характер: «Что-то происходит с головой, а вот что... это... как-то...».

Инструкции к заданиям понимает с большим трудом, более сложные инструкции вообще недоступны больному. Усвоение правил работы возможно только при искусственном расчленении действия на более простые операции.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



240

Назад

Закрыть

Интеллектуальные возможности больного резко снижены. Ему недоступно большинство предложенных заданий. Суждения носят конкретно-ситуационный характер. Процесс опосредования недоступен вследствие грубого снижения операций обобщения и абстрагирования, а также из-за нарушения целенаправленности мышления. Отмечаются инертные «застревания» больного на отдельных действиях, трудности переключения на новые действия.

При проведении локальных проб: а) затруднено повторение ритмических структур, как звуковых, так и графических; наблюдаются затруднения в начертании букв при письме; нарушение слитности букв при письме; б) выявляются нарушения конструктивной деятельности; отношений «под», «над»; почти полная утеря способности к воспроизведению фигур по образцу; затруднения при ориентировании в схеме числа, при выполнении простых счетных операций; в) выявились грубые нарушения зрительно-моторной координации (больше слева); г) наблюдается снижение памяти. Непосредственное воспроизведение материала — 6, 6, 5, 7 слов из 10. Отсроченное воспроизведение под-меняется множественными контаминациями.

Нарушена ориентировка во времени, частично — в пространстве.

Наблюдается резкая истощаемость больного, носящая пароксизмальный, так называемый пульсирующий характер. Степень утомления столь велика, что можно говорить о колебаниях тонуса сознания (во время выполнения задания больной может задремать). Особо следует отметить



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



241

Назад

Закрыть

значительное снижение критичности больного как к своему состоянию, так и к результатам исследования в целом.

Таким образом, исследование выявило грубое снижение интеллектуальных возможностей больного, резкое снижение активности и критичности, грубые комплексные нарушения памяти в сочетании с выраженными колебаниями тонуса сознания. Кроме того, отмечается целый комплекс нарушений психических функций.

Больному после ряда дополнительных клинических обследований (с учетом патопсихологических исследований) был выставлен диагноз «опухоль мозга».

Заключение 3. Больной Н., 25 лет, студент, поступил в больницу имени П.Б. Ганнушкина на обследование. Предположительный диагноз: шизофрения.

Больной жалоб не высказывает. На вопросы отвечает расплывчато. В ходе исследования наблюдается иногда неадекватная улыбка, иногда – неадекватный ситуации смех. Стационарирование в больницу называет недоразумением, ошибкой. Себя считает психически здоровым. При обследовании самооценки все показатели резко завышены, что свидетельствует о нарушении критичности. Например, относит себя к числу почти самых здоровых людей. Считает, что абсолютно здоровым человеком ему мешают быть «зрение... очки мешают заниматься подводным плаванием, их приходится часто снимать, а также родимое пятно на теле». Больной оценивает себя также достаточно высоко по шкале «сча-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



242

Назад

Закрыть

стве», сопровождая свою оценку следующим резонерским высказыванием: «Самые счастливые люди, которые ясно разобрались в себе, ясно понимают себя и согласно познанию себя совершают поступки, то есть действия этих людей не противоречат, действия их осознанны, то есть они познали себя, и это они делают... Самые несчастные люди — люди, которые никогда не знают, что им делать, часто совершают и действуют по указке других людей, то есть нерешительные, расплывчатые, раздвоенные, расстроенные».

Больной не критичен к своим суждениям, действиям. Так, он «принципиально» не согласен с замечаниями экспериментатора, спорит, стремясь доказать свою правоту.

Формально больному доступны сложные мыслительные операции, однако обнаруживаются искажения операциональной стороны мышления, выражающиеся чаще всего в повышенной актуализации маловероятных свойств предметов. Так, при выполнении задания «исключение предметов» больной предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагаются карточки с изображением пилы, топора, коловорота и шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп, так как все остальные предметы — орудия труда. Больной же исключает пилу, поскольку «остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два», или «потому что пила — это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность». Предлагает также



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



243

Назад

Закрыть

исключить топор, так как «остальные предметы, которыми совершают длительные, постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие».

Обращают на себя внимание расплывчатость и разноплановость суждений, резонерство. Таким образом, на первый план при исследовании выступают грубые нарушения критичности в сочетании с выраженными нарушениями мышления (по типу соскальзывания, разноплановости суждений, резонерства).

Заключение 4. *Больная Н.* несколько раз стационарировалась в психиатрические больницы разных городов с разными диагнозами: шизофрения, психопатия, эпилепсия. Во время предыдущего стационарирования после консультации очень авторитетного психиатра ей поставили диагноз «эпилепсии», хотя припадков в стационаре никто не наблюдал. Поведение психопатоподобное, с признаками выраженной деградации (в прошлом педагог, в последние годы не работает, ведет легкомысленный образ жизни). Была направлена на исследование с целью разграничения эпилептической деградации от шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Считает себя совершенно здоровой, работоспособной, охотно, даже азартно выполняет экспериментальные задания, потому что ей кажутся занятными подобные «задачки», но настоящего личностного отношения к факту проверки ее умственных способностей у больной не выявляется. Некритично, с удовольствием принимает похвалу экспери-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



244

Назад

Закрыть

ментатора, не замечая, что похвала не заслужена, так как в большинстве заданий больная обнаруживает несостоятельность. Не устанавливает зависимости между данным исследованием и оценкой ее здоровья в целом.

Инструкции к новым видам деятельности улавливает легко, работает довольно быстро. Может понять довольно сложные абстрактные логические связи, а иногда устанавливает их самостоятельно. Легко переключается, подхватывает помощь, подсказку, может исправить допущенную ошибку. Однако самостоятельные рассуждения больной отличаются непоследовательностью, обилием пропущенных звеньев, соскальзываниями, приводящими к разноплановости, растекаемости и нелепости суждений. Так, например, она не может выделить существенные признаки чтения и рассуждает при этом так: «Читать можно и по картинкам... печатными бывают картинки и книги... напечатанного без глаз не прочтешь... слово мы не читаем, а слышим...». В конце концов, выделила слова «печать и картинка», объяснив это тем, что «слова не только читают, но и слышат, а к печати картинка ближе...». Такого рода «кривая логика» встречалась в рассуждениях больной очень часто. Она отказалась признать делимое и делитель существенными признаками деления на том основании, что у этих слов общий корень, а так не может быть.

Множество побочных, идущих в разных направлениях ассоциаций, не только усложняют и загромождают ход рассуждений больной, но и вовсе отвлекают ее от заданной темы. Понимает переносный смысл пословицы, но, пытаясь записать объяснение пословицы, совершенно от-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



245

Назад

Закрыть

ходит от ее логического смысла. Не может даже запомнить конкретный рассказ: начинает писать его изложение и отходит от заданного содержания. Лучше запоминает отдельные слова (5, 7, 7, 7, 9, спустя час — 8), но хуже воспроизводит пиктограмму. Таким образом, на первый план при исследовании выступила эмоциональная неадекватность (эмоции живые, но хаотичные) и растекаемость, беспорядочность мышления (при живой сообразительности).

По совокупности клинических данных, но с учетом данных патопсихологического исследования, этой больной был поставлен диагноз «шизофрения».

Заключение 5. Больной Е. учился, но не закончил вспомогательную школу. Во время стационарной психиатрической воинской экспертизы была диагностирована олигофрения в степени дебильности (легкая умственная отсталость). Во время настоящего поступления поведение больного показалось врачу странным. Был направлен на исследование для разграничения олигофрении и шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. В начале исследования больной сидит отвернувшись; односложно, неохотно отвечает на вопросы. Говорит, что «память пропала, а старое вспоминать неохота». Постепенно втянулся в экспериментальную работу, стал более разговорчив, выполнил много заданий.

Предлагавшиеся больному тексты, картинки, слова он часто сам связывал с вопросами своей жизни и с пережитыми невзгодами.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



246

Назад

Закреть

При выполнении экспериментальных заданий выяснилось, что больному доступно понимание довольно сложных для его образовательного уровня обобщений, он легко, без помощи выполняет классификацию, самостоятельно устанавливает группу измерительных приборов, одушевленных, неодушевленных предметов и т.д. Речь больного отличается богатым словарным запасом, выявляется также неожиданно большой запас представлений. Больной сообразителен (иногда это и не выявляется из-за медлительности, инертности и отсутствия направленности на задание).

В ряде экспериментальных заданий выявилась большая причудливость суждений и ассоциаций больного. Так, в опыте на опосредованное запоминание (по Леонтьеву) больной для запоминания слова «собор» выбрал рисунок кровати, отвергнув лежащие рядом рисунки стола и стула, «так как кровать большей вместительности». К слову «сосед» он выбрал рисунок с двумя ученическими перьями, объясняя это тем, что «хотя это неодушевленные, но их два рядышком». Для запоминания слова «праздник» больной выбрал кошку, для слова «пожар» — солнце.

Классифицируя предметы, больной наряду с правильно обобщенными группами пытался объединить карточки по признаку элементов движения, изображенных на рисунке. «Кузнец двигает молотком, а ребенок двигает зубами». Лисицу больной также отнес к этой группе, отделив от остальных животных, так как «в ее изображении также есть элемент движения». Исключая предметы, выделяет в одной из задач «барабан»,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



247

Назад

Закреть

так как «зонт, наган и фуражка являются средством защиты». Относительно рисунка лыжника сказал, что это «видимость движущегося одушевленного предмета в виде человека». Сравнивая понятия, больной говорит, что «дождь — это капля, снег — пушинка, если погреть, то когда масса сгущается, получается влага».

Объединяя в классификации посуду, называл ее «вместимости». Подобного рода причудливых выражений и своеобразных изменений слов у больного было много. Так, например, исключая предметы, больной говорит: «Конверт — это «письменное», а остальное — «всеслуховое». И далее: «Барабан осуществляет мелодию своим стуком». Правильно исключая солнце, больной говорит: «Солнышко всходит ежедневно и находится на просторах независимо от масштабов его окружения, а остальное в помещении».

Таким образом, на первый план при исследовании больного выступили явления *разноплановости, инертности мышления, причудливость ассоциации при хорошем уровне обобщений.*

В данном случае доступность обобщений, сообразительность, богатый запас представлений — все это говорило против олигофрении, а наличие разноплановости и причудливости ассоциации свидетельствовали в пользу диагноза шизофрении. Клинический диагноз больного по получении дополнительных объективных данных и после длительного наблюдения — шизофрения.

Заключение 6. Больной — студент. Не стационарировался, был на-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



248

Назад

Закрыть

правлен на амбулаторное исследование с целью разграничения шизофрении (простой формы), психопатии и неясного органического заболевания.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Больной жалуется на апатию, трудности сосредоточения мысли, невозможность заниматься какой бы то ни было работой.

Задания выполняет послушно, подчеркнуто дисциплинирован, но к факту исследования его умственной работоспособности остается совершенно безучастным, ни о чем не спрашивает, неудачами не огорчается, похвале не рад.

Новый материал понимает и запоминает хорошо. Обращает на себя внимание несоответствие выхолощенных, псевдоабстрактных связей, устанавливаемых больным в пиктограмме, и непоследовательности конкретности суждений, выступающих в классификации. Так, например, пиктограмма больного состоит главным образом из штрихов и черточек (развитие — извилистые линии, справедливость — параллельные, счастье — завитушка кверху, болезнь — такая же завитушка книзу и т.д.). В классификации больной наряду с обобщенными группами объединяет доктора и термометр, кузнеца и лопату, считает, что ботинки могли бы быть отнесены к средствам передвижения, так как в них ходят.

Больной работает вообще внимательно, но, допуская в процессе такой внимательной работы ошибки, не спешит их исправить, иногда даже оспаривает, не замечая их нелепости.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



249

Назад

Закрыть

Таким образом, на первый план при исследовании выступили нарушения мышления больного (выхолощенность, непоследовательность) и эмоциональная безучастность. Клинический диагноз после стационарирования: шизофрения.

Заключение 7. Заключение по данным экспериментально-психологического исследования, направленного на разграничение сосудистой патологии и шизофрении.

Больная А. говорит, что еще в детстве «стала тупицей и плаксой». Задания выполняет старательно, спокойно, во все время исследования остается однообразной, вежливой, но безучастной.

Обнаруживает хороший уровень умственного развития; больной доступно понимание абстракций и установление логических связей (решила сложные аналогии). Неплохо запоминала новый материал, читала, усваивала сложные инструкции. В то же время в работе, требовавшей самостоятельных рассуждений и обобщений, выявились элементы разноплановости мышления, соскальзывания, синкретические связи. Так, например, в основном правильно классифицируя предметы, установила также группу «красоты», сложив в нее бабочку, золотую рыбку и двух птиц. Сама предположила, что бабочка должна быть объединена с жуком «как насекомое», но передумала, так как жук может быть противный, вредный, и предпочла объединить его с грибом-мухомором, а бабочку — с «красотой».

В конце (при легкости абстрагирования) у больной группы называ-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



250

Назад

Закреть

лись «жизнь, природа и труд».

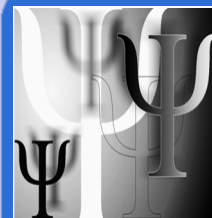
Таким образом, у больной выявились элементы разноплановости и причудливости суждений при достаточной сообразительности и хорошей памяти. Клинический диагноз при выписке: шизофрения.

Заключение 8. При аналогичной клинической задаче (разграничение сосудистой патологии на почве ревматизма от шизофрении у больного с депрессией, идеями отношения и падением трудоспособности) экспериментальные данные оказались иными.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Больной жалуется на забывчивость, утомляемость. Просит выяснить и устранить причину снижения работоспособности.

Задания выполняет старательно, непрерывно проверяет свои действия и, если замечает ошибку, огорчается и тотчас исправляет ее. Следит за выражением лица экспериментатора, пытается ориентироваться в том, правильно или ошибочно он выполняет задания. Новый материал понимает быстро, правильно, но запоминает хуже, из 10 слов воспроизвел 5, 7, 9, 8, 7, спустя час — 4 слова. Ассоциации больного (при составлении пиктограммы) в меру конкретны, содержательны, воспроизвел 11 из 15, остальные 4 приблизительно верны по содержанию, но неточны.

Суждения больного также просты, адекватны; при небольшой организующей помощи приходит к правильным обобщениям. Внимание неустойчивое, как в счетных, так и во многих мыслительных заданиях



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



251

Назад

Закрыть

– много случайных, легко исправляемых ошибок. К концу исследования число таких ошибок нарастало. При исследовании зрительно-моторной координации – толчкообразность движений.

Таким образом, на первый план при исследовании выступило ослабление внимания, памяти, утомляемость. Клинический диагноз при выписке: ревматическое поражение центральной нервной системы.

Заключение 9. Пример заключения, составленного с целью разграничения сосудистого слабоумия с последствиями локального кровоизлияния, опухоли и атрофического заболевания мозга.

Больная жила одиноко, объективные сведения крайне скудны, в больницу поступает впервые. Образование 7 классов, работала счетоводом, давно на пенсии.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Беседовать с больной чрезвычайно трудно. Она плохо понимает обращенную к ней речь, отвечает бессвязно. В то же время старательно выполняет предлагаемые ей задания в меру своего разумения. Работает довольно долго, не утомляясь и мало отвлекаясь. При явной несостоятельности (не может читать и писать) удивляется этому и пытается объяснить, что раньше она это хорошо делала.

На первый план выступили явления выраженной сенсорной афазии и апраксии и грубые расстройства памяти. Больная узнает предметы и пытается объяснить их назначение, но часто не может их назвать. Подсказка части слова или даже всего слова полностью не помогает больной.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



252

Назад

Закреть

Так, например, показаны ботинки, больная указывает на ноги, говорит: «Их две». Экспериментатор подсказывает: «Боти...». Больная говорит: «Бойцы?» Показывают вишни. Больная говорит: «Из нее делают... там разные, похожие на эту, забыла все, пошла бы, купила ее и узнала бы...». Экспериментатор подсказывает: «Вишня». Больная говорит: «Вище?».

Больную спрашивают: «Какой цвет?». Больная переспрашивает: «Кепка?». Больную спрашивают про внучку, она повторяет: «Внутри». Ее утешают: «Пройдет это». Больная переспрашивает: «Праздник?». Просят написать ее фамилию: «Жукова». Больная повторяет «Укола?». Читая слово «погреб», больная каждый раз прочитывает его по-разному: в «погреде, в пограду, поргабе, порбебе».

Не может зашнуровать ботинок. Больная совершенно не может писать не только под диктовку, но даже не может написать собственную фамилию. Не может списать слово, пишет лишь отдельные буквы. Беспомощна в повторении движений и поз рук. Больная ничего не помнит не только из прошлого, но даже того, что с ней только что произошло (заново поздоровалась с экспериментатором после эксперимента). Не усваивает самый короткий рассказ, фразу.

Таким образом, на первый план выступают явления амнезии, сенсорной афазии и апраксии.

В данном случае сочетание грубых расстройств памяти, сенсорной афазии и апраксии без утомляемости может рассматриваться клиницистами как дополнительный довод в пользу диагноза болезни Альцгей-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



253

Назад

Закреть

мера.

Ниже даны примеры заключений, составленных при исследовании больных с заведомо ясным и бесспорным диагнозом. Задача в этих случаях заключалась в том, чтобы выявить, какие интеллектуальные возможности еще сохранились у этих больных и в чем сущность их дефекта.

Заключение 10. На исследование была направлена больная в исходном состоянии шизофрении, т.е. в состоянии глубокого дефекта, остававшегося неизменным на протяжении последних 10 лет. Больной 42 года, больна уже 25 лет.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования. Больная по-детски радуется исследованию, как какому-то развлечению; рада тому, что прошла по двору, что с ней разговаривают, занимаются. Эмоциональные реакции на смысл исследования и на свои достижения и неудачи чрезвычайно поверхностны, ребячливы; радуется тому, что задача получилась правильной, что ее похвалили, совершенно не интересуясь общим выводом о состоянии ее умственных способностей и психического здоровья.

В связи с предложенными ей вопросами или показанными пособиями стереотипно, одними и теми же выражениями жалуется на то, что ее все «спихивают», на то, что ей не приносят конфеток и т.д.

Несмотря на детскость поведения, больная довольно многие экспе-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



254

Назад

Закрыть

риментальные задания в состоянии выполнить. Она классифицирует и обобщает предметы до 3 групп, устанавливает аналогию отношений между понятиями, сравнивает понятия, составляет пиктограмму, записывает изложение рассказа и т.д. При выполнении всех этих заданий обращает на себя внимание аспонтанность, расплывчатость, разноплановость суждений больной. Ей доступно понимание сложных обобщений и логических связей, но наряду с правильными рассуждениями она высказывает паралогичные, причудливые. Так, например, правильно выделив в классификации группы мебели, инструментов, измерительных приборов, животных и т.д., больная объединяет затем лопату с мебелью, так как эти вещи «наиболее нужные». Диван же отделила от мебели, соединив с велосипедом и чернильницей на том основании, что это «вещи», а остальной мебелью «чаще пользуются». В «простых аналогиях» больная отлично решала и объясняла большинство сложных задач, но с правильными решениями чередовались нелепые: «Железо кует кузнец, а дерево имеет кору», «Вода утоляет жажду, а пищу дает еда». После замечаний и возражений больная могла найти правильное решение, а затем снова с легкостью вернуться к прежнему нелепому или иному столь же абсурдному: никакого чувства обязанности следовать инструкции, никакого предпочтения истины у нее не было.

При составлении пиктограммы ассоциации больной были конкретными, но не связанными по содержанию, «пустыми». К слову «развитие» рисует вишни, так как «смотришь на вишни и развиваешься». К слову



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



255

Назад

Закреть

«теплый ветер» — платье, так как если бы было пальто, то это бы означало холодный ветер, к слову «справедливость» — портфель, так как «справедливость — это человек к чему-то стремится, у него ясные мысли...» К слову «разлука» больная рисует стул и объясняет это так: «я сижу за столом одна со своими мыслями» — воспроизводит как «одиночество». К слову «сомнение» рисует забор и объясняет: «Сомнение — это значит незнание...человек валяется под забором...он без всяких знаний валяется, если б не было забора, то он бы знал, забор — препятствие».

Несмотря на такие выхолощенные, бессодержательные связи, больная некоторые слова вспомнила правильно. Без напряжения и вдумывания запоминала 10 слов, рассказ и т.д. Правильно употребила в свободной беседе пословицу, но при вопросе, что значит «не всё то золото, что блестит», ответила: «Это кому что нравится...стоят на окне цветы... вам они нравятся...».

Таким образом, на первый план при исследовании выступила расплывчатость, разноплановость мышления больной. Эмоциональные реакции больной неадекватны; при кажущейся безучастности и спонтанности поведения больной они содержат также активную негативистичность; больная пуэрильна, но в ней нет детской послушности, внушаемости. Она остается отгороженной, упорно бездеятельной; принятая ею позиция беспомощности фиксирована и неподвижна.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



256

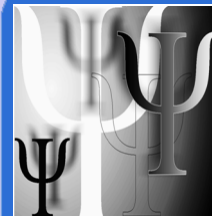
Назад

Закрыть

2.5.3 Методические материалы «Нарушения мышления при психопатологии»

Таблица 2.10 – Нарушение процесса обобщения

Название нарушения	Нозология	Краткая характеристика	Результаты диагностического обследования
Снижение уровня обобщения	Олигофрения, эпилепсия, энцефалиты	В суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. Нарушение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности	Классификация: при выраженных нарушениях задача на классификацию недоступна; при более легких нарушениях конкретно-ситуационные сочетания, большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной связи между ними: «Кошка с собакой враждуют, не могут быть объединены в одну группу». Исключение: при выраженных нарушениях задача на исключение лишнего недоступна, при более легких нарушениях больной объединяет трое часов и деньги, так как деньги нельзя исключить, без них часов не купишь. Недостаточна сама умственная операция объединения и противопоставления: больной не может исключить предмет, считая, что все предметы нужны (например, три пары обуви и нога).



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



257

Назад

Закрыть

		<p>Пословицы: в пословице конкретные единичные явления приобретают характер обобщения, поэтому необходимо отвлечение от конкретных признаков для их понимания. Больные не могут отвлечься от того, что смысл пословицы может и не совпадать с частными жизненными ситуациями: «Волков бояться — в лес не ходить» больной объясняет: «Это не всегда так, иногда не нужно рисковать». Слово выступает для больного в его конкретном значении, и они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке. Пиктограмма: преобладание конкретно-ситуационных связей. Например: «Какое развитие вам надо?» Не могут понять условность, содержащуюся в задании. Установление последовательности событий: больные руководствуются частными деталями картины, не увязывая их. Токкарский «О глупости»: глупец усвоил принцип «заливать огонь на пожаре» и залил огонь, когда обжигали свинью</p>
--	--	--



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



258

Назад

Закрыть

Искажение процесса обобщения	Шизофрения, психопатия	Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений и предметов, их суждения становятся бессодержательными выхожденными. Сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной. Речь мешает больным правильно выполнять задания. Словесно-логические связи мало опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений. Слово не является инструментом для обобщения	Классификация: предметы объединяются по принципу "твердости движения (напр., ложка и автомобиль), наличия отверстия (напр., шкаф и кастрюля), часы и велосипед, так как измеряют время и расстояние. Некоторые больные могут образовать любую группу, связав между собой любые предметы. Пиктограмма: любая схема используется для рисунка по типу бессодержательных формальных связей. Например, к слову «сомнение» рисунок рыбы сома или глина, так как композитор Глинка написал романс «Сомнение». Описание картин: на картине изображена женщина, колющая дрова, больной комментирует: «Это женщина и ее судьба». Исключения: больные рассуждают о применении предметов, говорят, что исключить ничего нельзя-
------------------------------	------------------------	--	---



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



259

Назад

Закреть

Таблица 2.11 – Нарушение логического хода мышления

Название нарушения	Нозология	Краткая характеристика	Результаты диагностического обследования
«Скачка идей»	Маниакально-депрессивный психоз в маниакальной фазе болезни	Поток мыслей, ассоциаций мешает сосредоточиться на выполнении задания. Могут правильно понять задание, начинают выполнять его, но затем всплывает речевой поток (наплыв ассоциаций). Неадекватно само течение, процесс умственной деятельности	Классификация: начинают выполнять правильно, обобщают, но возникает поток ассоциаций, больные решают исходя из новых ассоциаций
Вязкость мышления	Эпилепсия, отдаленные последствия тяжелых травм мозга	Больные не могут изменять способ своей работы, свои суждения, переключаться с одного вида деятельности на другой. Замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. Следовой стимул имеет большее сигнальное значение, чем актуальный	Пиктограмма: выполняют хорошо, если можно изобразить конкретный предмет, не выполняют, если изобразить прямо нельзя (темная ночь). Опосредованное запоминание: выбирают только одну картинку для запоминания слова, другую подобрать не могут. Определение понятий: не могут определить, так как начинают под понятие подводить разные предметы со всеми их свойствами



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



260

Назад

Закреть



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



261

Назад

Закреть

			<p>(Напр., шкаф для одежды, шкаф для посуды, шкаф для книг). Последовательность событий: начинает выполнять задание каждый раз с картинки с номером 3, по-другому не может. Классификация: например, объединяет моряка с парохом во всех пробах, помощь экспериментатора не влияет.</p>
Непоследовательность суждений	Сосудистые заболевания мозга, травмы мозга, маниакально-депрессивный психоз	Больной легко замечает и исправляет свои ошибки, если экспериментатор обратит его внимание на них. Это проявление неустойчивости умственной работоспособности (у здоровых испытуемых наблюдается истощение по количеству умственной продукции, у больных — по качеству).	Классификация: 1) чередование обобщенных и конкретно-ситуативных решений, после помощи экспериментатора и отдыха — правильные решения; 2) в случае неправильных решений объединяли в одну группу рядом лежащие карточки или нечаянно бросали карточки в другую группу (по невнимательности). Пословицы: правильно определяют смысл пословицы, но, когда изменяются условия деятельности (нужно отнести фразы к пословице), решение неверное. Воспроизведение 10 слов: колебание количества воспроизведенных слов в одной пробе — неравномерный характер воспроизведения. Корректирующая проба Бурдона: колебание умственных достижений



На весь экран

Начало

Содержание



262

Назад

Закрыть

Откликаемость	Тяжелые формы сосудистых заболеваний и травм мозга	Наличие запредельного торможения	Ассоциации: отвечают словами-названиями предметов в поле зрения, по просьбе называть предметы определенного цвета называют находящиеся перед ними предметы. Классификация, установление последовательности событий, толкование пословиц: правильно выполняют задание, затем — нелепые действия с карточками (напр., раскладывают веером, пересчитывают). Называние предметов: сочетание правильных ответов и персевераций
Соскальзывания	Шизофрения	Процесс обобщения и отвлечения не нарушен, но на какой-то отрезок времени правильный ход мышления у них нарушается, так как больные в своих суждениях начинают руководствоваться случайными, несущественными признаками	Классификация: все делает правильно, но вдруг объединяет «обед» и «обруч», т.к. начинается на букву «о», это объяснение повторяется после вопроса экспериментатора. Соскальзывания эпизодичны. Ассоциации: случайно появляются несуразные ассоциации «луна–мед». Трамвай «садовое кольцо» относит к овощам. Пиктограмма: наряду с адекватными связями есть и формальные: на слово «печаль» рисует печать

Таблица 2.12 – Нарушение целенаправленности мышления

Название нарушения	Нозология	Краткая характеристика	Результаты диагностического обследования
Нарушение критичности	Прогрессирующий паралич, травмы, сосудистые заболевания	Действия больных не регулируются мышлением, не подчиняются цели, отсутствует личное отношение к ситуации, самоконтроль	Больные могли понимать условия задачи и действовать вразрез с этим пониманием. Ошибки возникали не из-за истоцаемости больных, не из-за тормозимости. Эти ошибки исчезали, когда экспериментатор заставлял больного проверять свои действия. Классификация, установление последовательности событий, пословицы: не вслушиваются в инструкцию, сразу выполняют задание, но, выслушав задание, выполняют его правильно. Пиктограмма: не удивляется, когда экспериментатор не проверяет его память, не смущается, что ошибся. Описание картин: случайные догадки, не смущается нелепостью ответов («Узник» – утверждает, что человек находится в квартире)
Разноплановость мышления	Шизофрения	Суждения больных о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях, действия больного лишаются целенаправленности	Классификация: при выполнении заданий больные исходят из различных установок, не связанных с условиями задания (делает группу «животные», затем выбирает одну карточку, которая вызывает определенные ассоциации, составляет другой набор: «это фрукты, это животные, здесь грибы и баран, бараны едят грибы».



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



263

Назад

Закрыть



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



264

Назад

Закрыть

			<p>Различные подходы к выполнению одного задания. Иногда руководствуются личными вкусами, обрывками воспоминаний «платье мне не нравится – положу его в сторону от одежды». Пословицы: правильно определяет пословицу, но в рассуждениях затрагивает и другие проблемы, в том числе свои собственные, не удерживая смысл задания (объяснить смысл пословицы). Из-за разноплановости мышления и эмоциональной насыщенности мыслительного процесса обыденные предметы начинают выступать в виде символов («печень» – это символ печи, в которой сожгут больного)</p>
<p>Разорванность мышления и речи (резонерство)</p>	<p>Шизофрения</p>	<p>Отражение в речи бредовых переживаний больных при сохранности грамматического строя речи</p>	<p>Симптом «монолога в диалоге»: в длительных рассуждения отсутствуют суждения, речь не выполняет функцию общения, нет объекта мысли, речь непонятна для окружающих, высказывания больных нельзя повторить другими словами. Ассоциативный эксперимент: многоплановые связи между предметами, разноплановость</p>

2.5.4 Расстройства психических процессов [14]

Расстройства сенсорно-перцептивной сферы. Сенсорный образ содержит в себе информацию о месте действия раздражителя и об отдельных его модальных свойствах. Перцептивный образ — информация о локализации в пространстве воспроизводимого объекта, о его форме, величине и модальных характеристиках. Ощущения являются основой многих симптомов и синдромов разнообразных болезней, одними из элементарных (простых) психических явлений. Они могут носить осознаваемый и неосознаваемый характер и влиять на особенности предъявления пациентом жалоб на состояние собственного здоровья, что существенным образом отражается на процессах диагностики и лечения.

При экспериментально-психологическом исследовании реактивной депрессии как наиболее распространенной формы реактивных психозов изучались особенности нарушения восприятия у больных с различными синдромами. У всех больных выявлены расстройства различных видов восприятия: от нарушения элементарного узнавания предметов и их изображений до распознавания сложных наглядно-образных ситуаций и осмысления сюжетного материала. Для лиц с депрессивно-параноидным синдромом наиболее характерным было аффективное искажение восприятия с активным привнесением патологических переживаний. У больных с астено-депрессивным синдромом на первый план выступала фрагментарность восприятия с трудностью концентрации внимания и его пе-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



265

Назад

Закрыть

реключаемости. При истеро-депрессивном синдроме восприятие испытуемых определялось их внушаемостью, характерными для этого синдрома были псевдоагностические включения типа апперцептивной и симультанной агнозий.

Многочисленные публикации посвящены исследованию сенсорной сферы у больных шизофренией. Во многих из них указывалось на ее сохранность при этом заболевании. Однако эти представления были поколеблены работами, в которых установлены своеобразные нарушения сенсорной сферы у больных шизофренией с обманами восприятия. В этих работах были выявлены закономерные нарушения восприятия без продуктивной симптоматики и сколько-нибудь выраженной патологии восприятия.

У больных шизофренией ввиду нарушения актуализации сведений из прошлого опыта происходит перестройка процессов восприятия, связанная с необходимостью учета и анализа большого объема стимульных признаков для правильного опознания объекта. Такая перестройка свидетельствует о снижении оптимальности, экономичности протекания перцептивных процессов и может иметь патогенетическое значение в формировании нарушений психической деятельности при шизофрении.

Для больных со слуховыми и зрительными галлюцинациями типичны определенные расстройства слуховой и зрительной функций. При использовании системы показателей, характеризующих относительно более простые и более сложные стороны деятельности анализаторов, уста-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



266

Назад

Закрыть

новлено, что патологический процесс, сопутствующий галлюцинированию, охватывает как субкортикальный, так и кортикальный уровни деятельности анализаторов. В прегаллюцинаторном периоде выявлены расстройства лишь на субкортикальном уровне. При галлюцинациях изменения касались как субкортикального, так и кортикального уровней. В постгаллюцинаторном периоде последовательно наблюдалось восстановление вначале на кортикальном, а затем и субкортикальном уровнях деятельности анализаторов. На субкортикальном уровне как при слуховых, так и зрительных галлюцинациях деятельность анализаторов существенно не различалась. Напротив, расстройства слуховой и зрительной функций, отражающие кортикальный уровень, оказались достаточно специфичными: они соответствовали клиническому виду галлюцинаций. Обращает на себя внимание установленный факт, что как при эндогенных (шизофрения), так и при экзогенных психозах (острый и хронический алкогольный галлюциноз, белая горячка) расстройства зрительного и слухового восприятия являются в целом сходными галлюцинирования.

Согласно гипотезе С.Я. Рубинштейн, в возникновении и формировании слуховых галлюцинаций патогенетическую роль играет деятельность напряженного прислушивания больного человека. Человек не только слышит, он слушает, прислушивается. Именно ситуация тревожного прислушивания является определяющей для провоцирования обманов слуха. Это может объяснять и объединять различные обманы слуха, ко-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



267

Назад

Закреть

которые наблюдаются у здоровых лиц при крайне напряженном прислушивании, у больных с психическими заболеваниями и у лиц с нарушениями слуха. Хотя не все исследователи, работающие в данной области, согласны с подобной гипотезой, однако общее аффективное состояние больного: тревога, страх, напряженное ожидание чего-то плохого — и по другим данным оказывает существенное влияние на процесс слухового восприятия. Так, Бажин, изучая влияние личностных факторов на процессы восприятия путем создания ситуации, где сигнал в той или иной степени искажен шумами, показал, что больные с алкогольными психозами с удивительным постоянством обычные, невыразительные, индифферентные словесные раздражители иллюзорно, ошибочно принимали за слова, приобретающие угрожающий или презрительный характер (зарисовка — за решетку, пушистый — душить, снег — смерть, там — хам и т.п.). Представляет интерес тот факт, что у депрессивных больных содержание иллюзий отражало тему унижения, вины, то есть соответствовало доминирующему аффекту.

Изучались особенности сенсорной сферы у больных шизофренией с позиций учения о функциональной специализации полушарий головного мозга. Оказалось, что у больных шизофренией имеется патологическая гиперактивация слухоречевых зон, причем эффект преобладания правого уха отсутствует. Оба полушария играют сходную роль в опознании звуков речи, то есть функции речевых центров выполняют структуры не только левого, но и правого полушария. Специфические же для пра-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



268

Назад

Закрыть

вого полушария функции по опознанию невербальных стимулов у больных шизофренией угнетены. Полученные данные привлекаются авторами для объяснения характерного для этих больных сочетания богатства словарного запаса и абстрактных сведений с нарушением коммуникативных функций и трудностью адаптации к повседневным ситуациям.

Расстройства памяти. Память — это психический процесс запоминания, сохранения и последующего воспроизведения прошлого опыта.

В последние десятилетия интенсивные исследования мнестических процессов осуществлялись в нескольких аспектах — психологическом, нейропсихологическом, нейрофизиологическом. В то же время дальнейшее изучение мнестических процессов для собственно медицинских целей: патогенетической и дифференциальной диагностики болезней, осуществления наиболее эффективных лечебно-восстановительных программ — опирается на ряд принципиально важных положений общепсихологической концепции памяти. Ведущим в этой концепции является представление о памяти как психическом процессе, детерминированном деятельностью личности, с присущими ей мотивированностью, направленностью и опосредованностью. Качества памяти определяются степенью участия соответствующего материала в деятельности субъекта, значимости его для достижения предстоящих целей (Л.С. Выготский, П.И. Зинченко и др.).

Отмеченная личностно-мотивационная обусловленность мнестических процессов отчетливо выступает при рассмотрении особенностей памяти



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



269

Назад

Закреть

у больных неврозами и реактивными психозами, то есть при заболеваниях, в механизмах развития которых ведущими являются личностно-мотивационные и эмоциональные расстройства.

Одной из наиболее характерных особенностей памяти у больных неврозами является диссоциация между степенью выраженности жалоб на снижение памяти и противоречащими им данными наблюдения за поведением больных в клинике. Хорошая память на прошлые и текущие события, значимые для пациента, нередко контрастирует с результатами экспериментально-психологического исследования памяти у тех же больных. При оценке этих результатов существенное значение приобретает учет отношения больных к эксперименту. Показатели памяти оказываются при неврозе различными, например, в случае установки на роль тяжелого «органического» больного и у пациента, стремящегося «доказать», что он не страдает психическим заболеванием.

Результаты выполнения заданий на память больных неврозами, их успехи и ошибки почти непредсказуемы. Они часто делают ошибки на легких цифровых сериях и правильно выполняют более тяжелые; нередко повторяют столько же, а иногда и больше цифр в обратном порядке, чем в прямом. Для больного неврозом каждая задача равносильна вызову, он боится впечатления, которое может произвести на исследователя, поэтому часто бывает «сверхкритичным», «заблокированным».

В литературе указываются и некоторые относительно характерные особенности памяти у больных неврозами. Кривая запоминания серии



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



270

Назад

Закрыть

слов у больных неврозами существенно отличается от таковой у здоровых. Она носит неустойчивый характер: больной «забывает» слово, которое он только что произносил; многие больные нередко повторяют одно и то же слово несколько раз, не исправляя допущенную ошибку. В качестве одной из особенностей воспроизведения слов больными неврозами отмечается выраженность у них «фактора края» — практически все больные на протяжении исследования начинали воспроизведение серии с первых слов.

Показатели вариации и спектральных характеристик колебаний объема памяти являются чувствительным индикатором невротического состояния, превышая наблюдающиеся и в норме колебания показателей памяти у одного и того же испытуемого. Больные неврозами по субтесту «повторение цифр» методики Векслера в целом характеризуются относительно более низкими результатами (сравнительно с рядом других субтестов), что объясняется снижением у них не только непосредственной памяти, но и способности к концентрации внимания. Снижение памяти и внимания у больных неврозами часто рассматривается как отражение внутреннего беспокойства и тревоги. В сопоставлении со здоровыми у больных неврозами выявлено достоверное снижение не только непосредственного, но и отсроченного воспроизведения предъявляемых стимулов.

У больных неврастениями с доминирующими астеническими проявлениями («астенический невроз»), обращает на себя внимание недостаточ-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



271

Назад

Закреть

ность произвольного воспроизведения, уменьшающаяся с ослаблением степени астении. В этом случае нарушения памяти отражают общее снижение умственной работоспособности, ее истощаемость. В соответствии с ожидаемым результатом у больных с выраженными эмоционально-аффективными расстройствами (депрессивный и фобический синдромы) выявлены и относительно более значительные нарушения памяти.

Больные психастенией характеризуются более высокими показателями выполнения субтеста «повторение цифр», что достоверно отличает эту группу от больных неврастенией и истерией.

Особенности памяти исследовались у больных реактивным психозом. При депрессивно-параноидном и астено-депрессивном синдромах в остром периоде наблюдались выраженные расстройства оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти. Так, 10 слов, предложенных для запоминания, большинство больных не воспроизвели полностью даже после 10-кратного предъявления. Объем кратковременного и отсроченного запоминания слов в среднем равнялся 4 словам (здоровые испытуемые после 3-го предъявления воспроизводили все слова, отсроченно — 9-10 слов). Крайне затрудненным было также опосредованное запоминание (пиктограмма): опираясь на свои зарисовки, спустя 1 час больные воспроизводили 2-3 слова из 10 предложенных. В остром периоде у больных с истеро-депрессивным синдромом была дезорганизована вся мыслительная деятельность, в том числе мнестическая сфера. Выход больных этой группы из реактивного психоза сопровож-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



272

Назад

Закрыть

дался тенденцией к длительной фиксации расстройств острого периода, что и выявлялось в экспериментально-психологическом исследовании. По мере обратного развития заболевания и при восстановлении нормальной иерархии мотивов и установок отмечали значительное восстановление мнестических функций у больных с депрессивно-параноидным синдромом и нормализацию у больных с астено-депрессивными проявлениями.

При реактивных истерических расстройствах наблюдаются так называемые «системные амнезии», когда амнезия распространяется только на те события, которые включены в психотравмирующую, патогенную для больного ситуацию. Такое избирательное забывание субъективно тягостных для пациента событий его жизни называют также кататимной амнезией. Реже «системные амнезии» встречаются при неврозах.

У больных шизофренией значительных нарушений оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти не выявляют (при условии жестко структурированных заданий). Отсутствуют, в частности, и достоверные различия в показателях выполнения субтеста «повторение цифр» методики Векслера между больными шизофренией и неврозами. Наблюдаемое у больных шизофренией ухудшение памяти может иметь вторичный характер, обусловленный снижением волевого усилия. Некоторые из отмеченных выше особенностей памяти при неврозах, по данным литературы, характерны и для больных шизофренией: ошибки на легких цифровых сериях и правильное выполнение более



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



273

Назад

Закрыть

тяжелых серий, лучшее запоминание цифр в обратном порядке, чем в прямом. Наибольшие различия могут выявляться у больных шизофренией по сравнению со здоровыми в воспроизведении семантически организованного материала. Больным предлагают рассортировать по любому принципу 30 карточек с напечатанными на них словами, а затем воспроизвести их. Результаты больных шизофренией были хуже, чем у здоровых испытуемых. Следовательно, на воспроизведение оказывала влияние смысловая организация материала.

О необходимости учета мотивационного компонента в структуре памяти при оценке мнестической сферы у больных шизофренией свидетельствуют ставшие уже классическими исследования Зейгарник. Используя «феномен воспроизведения незавершенных действий», она показала, что незавершенные действия воспроизводились значительно лучше, чем завершенные. В то же время у больных шизофренией, в психическом статусе которых отмечались эмоциональная вялость, искажение мотивов, не было лучшего воспроизведения незавершенных действий. Если у здоровых испытуемых отношение воспроизведения незавершенных действий к завершенным равнялось 1,9, то у больных с простой формой шизофрении — только 1,1.

Выраженные мнестические расстройства наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга. Особенно яркие нарушения памяти характерны для больных со своеобразным амнестическим синдромом, описанным впервые Корсаковым и получившим название корсаковского



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



274

Назад

Закреть

психоза. Он наблюдается при хроническом алкоголизме, травмах, дементивном синдроме и других расстройствах. Показано, что наиболее типичные картины корсаковского синдрома возникают при острых мозговых заболеваниях, сопровождающихся поражением диэнцефального отдела и правого полушария. Характерными особенностями корсаковского синдрома являются нарушения непосредственной памяти в виде забывания текущих событий, происходящих после развития заболевания (антероградная амнезия), выпадение из памяти событий, предшествовавших заболеванию (ретроградная амнезия), при сохранности памяти на события далекого прошлого, конфабуляции в отношении текущих событий, дезориентировка в месте и времени, а также ряд личностно-эмоциональных нарушений в виде благодушия, не критичности к нарушениям памяти и др.

При экспериментально-психологическом исследовании непосредственной памяти у таких больных обнаруживается низкое «плато» без наращивания. Один из исследованных больных из 5 предъявленных слов воспроизвел после 5-кратного предъявления лишь последнее. Применение опосредования не улучшило запоминания: пациент из 10 слов запомнил лишь 2 слова, при том, что сам процесс опосредования был ему доступен. Не смог больной воспроизвести и сюжет простого рассказа. При корсаковском синдроме имеют место затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов; это согласуется с данными о том, что нейрофизиологическими механизмами корсаковского синдрома



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



275

Назад

Закрыть

являются нарушения ретроактивного торможения.

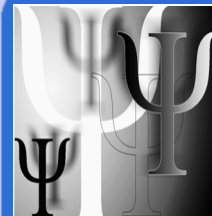
У больных с поражением диэнцефально-лимбических структур кривые запоминания не имеют характера постепенно восходящей линии, как это наблюдается в норме, а представляют собой ломаные линии, отражающие колебания и периодическое снижение числа воспроизводимых слов. Кривая запоминания приближается к «плато», когда больной несколько раз произносит одно и то же количество слов, без наращивания их числа.

При органических поражениях корково-подкорковых структур головного мозга в наибольшей степени страдают процессы произвольного воспроизведения и сохранения, в меньшей степени — запоминания и узнавания.

Наиболее выраженные патологические изменения памяти наблюдаются у больных психоорганическим патопсихологическим синдромом, что отражает глубину психической дезорганизации интеллектуальной деятельности.

У больных на начальных стадиях заболевания органического генеза значительно всего и раньше страдает запоминание искусственных звуко сочетаний и понятий, но меньше нарушается и дольше сохраняется ассоциативная память.

Полагают, что нарушения памяти у больных с органической патологией головного мозга обусловлены прежде всего первичным поражением неспецифических активирующих лимбических систем и нарушении



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



276

Назад

Закрыть

ем корково-подкорковых взаимоотношений. Характерна связь нарушений памяти с нарастающей психической истощаемостью и снижением сенсорно-моторной реактивности.

Для диагностических целей и понимания всей сложности механизмов мнестических расстройств большое значение имеют исследования своеобразия расстройств памяти при локальных поражениях мозга. Так, у больных с поражением лобных долей мозга сопоставление между собой процессов произвольного и непроизвольного запоминания показало, что произвольное запоминание, требующее удержания намерения и контроля за выполнением деятельности, оказывается грубо нарушенным. В то же время показатели непроизвольного запоминания соответствуют нижней границе нормы. У больных с затылочной локализацией очага поражения больше изменено отсроченное воспроизведение, что, возможно, связано с необходимостью длительного поддержания состояния бодрствования, энергетического воздействия на кору со стороны подкорковых образований. Самые выраженные нарушения памяти наблюдаются при поражениях медиобазальных отделов височной доли.

Расстройства памяти характерны для эпилепсии. В начале заболевания ухудшается способность к произвольному воспроизведению, на последующих этапах нарушаются также процессы запоминания и сохранения. Количество воспроизводимых слов из предъявляемой серии с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



277

Назад

Закрыть

У больных эпилепсией обнаружен несколько неожиданный факт снижения эффективности опосредованного запоминания по сравнению с запоминанием непосредственным. Это может быть объяснено повышенной инертностью и гипертрофированным желанием этих больных отобразить все детали.

Значительные расстройства памяти отмечают у больных с олигофренией. Вопреки распространенному мнению у них нарушена не только смысловая, но и механическая память. Расстройства памяти носят тем более выраженный и тотальный характер, чем моложе пациент.

Многочисленные исследования были посвящены изучению особенностей нарушения памяти у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Для церебрального атеросклероза в начальной его стадии характерны замедленное воспроизведение и трудности либо только непосредственного воспроизведения серии слов (6 слов больные воспроизводят лишь на 4-5-й раз), либо отсроченного воспроизведения. Использование смысловых связей помогает этим больным в какой-то мере компенсировать дефекты запоминания.

В случае относительно более выраженного атеросклероза и при наличии деменции более грубо нарушено воспроизведение (снижение кривой запоминания, невозможность воспроизведения серии из 6 слов и отсроченного воспроизведения группы слов). У подобных больных наблюдаются явления контаминации, конфабуляции, учащение персевераций. При резко выраженном церебральном атеросклерозе и атеросклероти-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



278

Назад

Закрыть

ческой деменции отмечается грубое снижение степени запоминания не только отдельных слов, не связанных в смысловом отношении, но и фраз-рассказов, то есть речевого материала, организованного в смысловом отношении.

Особенно выраженные расстройства памяти типа прогрессирующей амнезии наблюдаются у больных со старческим слабоумием (амнестическая деменция) и болезнью Альцгеймера. Кривая запоминания носит характер низкого «плато», типична фиксационная амнезия (больной не может запомнить даже имя лечащего врача). При болезни Пика на ее начальных стадиях, в отличие от болезни Альцгеймера, значительных первичных расстройств непосредственного запоминания не отмечается, нарушения памяти длительное время обусловлены снижением активного внимания.

Описаны изменения памяти у больных гипертонической болезнью. У компенсированных и субкомпенсированных больных установлено лишь незначительное снижение показателей кратковременной памяти. Вместе с тем исследования, выполненные с помощью «двойного» теста, позволяющие делать заключение об условиях реализации мнестических процессов, главным образом, на уровне психической активности, свидетельствуют о снижении показателей этого теста по сравнению со здоровыми. У больных гипертонической болезнью отмечается также крайняя неустойчивость показателей «двойного» теста в течение дня и недели.

У больных в резидуальном периоде инсульта выявлены снижение за-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



279

Назад

Закрыть

поминания, удержания и истощаемость памяти. Нарушенной оказалась как кратковременная, так и долговременная память.

У лиц, перенесших инфаркт миокарда (исследования проводились на 2-м месяце болезни во время рубцевания инфаркта), память отклонялась от нормы незначительно, кривая запоминания имела тенденцию к повышению. Значительное снижение памяти установлено лишь у больных, в анамнезе которых отмечены длительная гипертоническая болезнь и выраженный общий атеросклероз.

Большое значение исследования памяти имеют при многих соматических заболеваниях, особенно с длительным хроническим течением, сопровождающихся астенией.

В то время как состояния гипомнезии и амнезии встречаются часто при самых различных заболеваниях, стойкие усиления памяти (гипермнезия) наблюдаются редко, главным образом при маниакальном возбуждении у больных с маниакально-депрессивным психозом, психозами инфекционной природы, иногда в активном периоде развития бреда, в качестве временного явления при лихорадочных состояниях.

В целом в психологических пробах на память отражаются состояния активного внимания, явления повышенной истощаемости психических процессов и темпы мыслительных операций. На функцию запоминания существенное влияние оказывает состояние аффективно-волевой сферы больного. Особенно велика роль мышления при исследовании опосредованного запоминания.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



280

Назад

Закрыть

Одним из показателей нарушения динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования. В реальной жизни это использование деловых записей, записных книжек и пр.

В клинической практике часто представлены расстройства памяти со стороны ее динамики. Больные в течение определенного времени легко справляются с психологическими пробами на память и в реальной жизни не обнаруживают изменений. Но на каком-то этапе течения болезни выступают колебания мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то она будет носить ломаный характер. Больной может после 2-3-го предъявления запомнить 6 слов, после 5-го воспроизводит лишь 3 слова, после 6-го — опять 6-8 слов. В этих случаях нельзя говорить о снижении памяти или ее нарушении. Лабильный характер воспроизведения будет отражаться и на других психических процессах: внимании, сенсомоторной активности. Это явление по существу является не нарушением памяти в узком смысле, а показателем неустойчивости умственной работоспособности, ее истощаемости.

Во многих работах особенности памяти у больных с различной патологией исследовались в динамике болезни, под влиянием фармакологических и иных лечебно-восстановительных воздействий. Очевидна ценность подобных исследований для изучения механизмов нарушения памяти и прогнозирования эффективности лечения.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



281

Назад

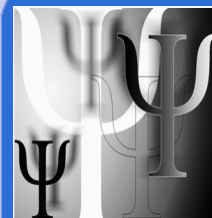
Закрыть

Нарушения мышления и интеллекта. Мышлением называется процесс отражения в сознании человека общих свойств предметов и явлений, а также связей и отношений между ними. Мышление — это процесс опосредованного и обобщенного познания действительности.

Важной особенностью процесса мышления является его связь с речью. Мыслительная деятельность осуществляется с помощью ряда мыслительных операций: анализа и синтеза, сравнения, обобщения и классификации, абстракции и конкретизации. Основу процесса мышления составляют понятия, суждения и умозаключения.

В строгом смысле слова разделение познавательных процессов на ощущение, восприятие, память, мышление является условным. Уже в процессе ощущения и восприятия начинается выделение и обобщение существенных признаков, необходимых для восприятия объектов, сопоставления их с другими объектами. У взрослого человека и восприятие, и память пронизаны элементами мышления. Осмысленное восприятие, смысловая память являются важными характеристиками любого процесса восприятия и памяти. Тем не менее, в отличие от других психических процессов мышление является прежде всего процессом установления связей и отношений между предметами и явлениями окружающего мира.

Для отечественной психологии существенно признание связи мышления с потребностями, мотивами, отношениями, эмоциями (Выготский, Мясищев, Леонтьев, Зейгарник и др.). Известный советский психолог



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



282

Назад

Закрыть

С.Л. Рубинштейн отмечал, что «вопрос о мотивах... это по существу вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс». Указанное своеобразие мышления необходимо иметь в виду для лучшего понимания особенностей его нарушений при различных заболеваниях.

Интеллект и мышление тесно связаны, но они не тождественны. Интеллект включает в себя приобретенные знания, опыт, способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности. Мышление является активной функцией интеллекта. Мыслительные операции анализа и синтеза, суждения, умозаключения являются самостоятельными категориями, но осуществляются на основе интеллектуальных возможностей. Мышление — это интеллект в действии.

Отграничение интеллекта от мышления является необходимым в психопатологии. Хорошо известны клинические наблюдения с временным расстройством мышления при сохранности интеллекта, и, напротив, в случае снижения интеллекта может наблюдаться относительная сохранность осуществления основных мыслительных операций.

При исследовании больных неврозами с помощью стандартизованного набора Векслера по выполнению вербальных заданий особенно резко различались больные истерией и психастенией. Это относится прежде всего к заданию, требующему обобщения понятий и характеризующему уровень абстракции и тип мышления (методика «сходство»). Невербальные задания все больные неврозами, кроме больных неврастенией,



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



283

Назад

Закрыть

выполняли значительно хуже, чем вербальные. Относительно общую трудность для всех больных неврозами, особенно неврастенией, представляли задания «Арифметическое», «Повторение цифр» и особенно «Шифровка», требующие высокой концентрации внимания, собранности, а «Шифровка» — также и значительной моторной активности. Трудным было также задание «последовательность событий», социальное и личностно значимое содержание которого могло задевать переживания и конфликтные отношения больных, о чем свидетельствовал явно «проективный» характер многих ответов, полученных по этому заданию.

Качественный и количественный анализ результатов по всей методике Векслера, отношение больных к обследованию и поведение во время него позволили установить ряд интеллектуально-личностных особенностей больных. При этом наибольший интерес для анализа представляли особенно резко различающиеся группы истерии, неврастения и психастении.

Для больных психастенией характерен абстрактно-логический подход, продуктивный при выполнении многих вербальных и малопродуктивный при выполнении невербальных (особенно конкретных) заданий. Для них типичны затруднения в выборе решения и переходе к действию. Пациентов с истерией отличает конкретно-образное, импульсивное и эгоцентрическое мышление, что снижает их результаты в большинстве и вербальных, и невербальных заданий, вызывает трудности в вер-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



284

Назад

Закреть

бализации на абстрактно-логическом уровне. Больные неврастениями характеризуются достаточно хорошим балансом абстрактно-логического и образно-действенного мышления и, хотя они выполняют вербальные задания хуже больных психастениями, это компенсируется хорошим выполнением невербальных заданий, так что итоговая оценка интеллекта по методике Векслера у этих групп больных примерно одинакова.

Отмеченные особенности представляют, по существу, личностный аспект характеристики мышления больных истерией, неврастениями и психастениями, определяемый специфическим типом восприятия, переработки информации, способа реагирования и обуславливающий все проявления личности, в том числе структуру интеллекта.

Как и при неврозах, нарушения мышления при психопатиях, реактивных психозах становятся понятными лишь в контексте особенностей личности, установок, отношений человека. Так, например, при исследовании больных с психопатией методиками «Классификация» и «Исключение предметов» установлено, что у значительной части испытуемых обнаруживались искажения процесса обобщения и исключения. Выполняя методику, испытуемые пользовались не только устойчивыми предметными значениями, но и признаками, связанными с эмоционально-обусловленными предпочтениями. В группе истероидных психопатов эти искажения процесса обобщения были особенно выраженными.

Для больных с реактивными психозами характерны полисистемность и кратковременность расстройств мыслительной деятельности. На вы-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



285

Назад

Закреть

соте заболевания отмечаются нарушения операционно-процессуальной и личностно-мотивационной сторон мышления; после выхода из реактивного состояния мыслительная деятельность у них чаще всего нормализуется. Характерными нарушениями для больных с реактивными психозами являются резкая замедленность, ригидность и истощаемость мыслительных процессов. Нарушения структурного единства мотивационной и операционной сторон мышления убедительно выявлялись при изучении отдельных вариантов реактивного психоза. Изменения смыслообразующей функции мотива и обусловленные ими расстройства целенаправленности мыслительной деятельности, приводящие к нарушению ее операционной сферы, были характерны прежде всего для больных с депрессивно-параноидным синдромом. При астено-депрессивном синдроме на первый план выступали нарушения побудительной функции мотива, что выражалось в динамических расстройствах мышления, снижении его операционной стороны.

У больных же с истеро-депрессивным синдромом в условиях, когда ведущий смыслообразующий мотив просто замещался аффективной установкой, а волевое усилие оказывалось значительно сниженным, наблюдался неустойчивый и противоречивый характер мыслительной деятельности. Во всех этих случаях нарушения операционной стороны мышления имели вторичную и гетерогенную природу. Восстановление мыслительной деятельности в динамике заболевания, по данным Криворучко, также в основном определялось личностно-мотивационным компонен-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



286

Назад

Закреть

ТОМ.

Патологии мышления у больных шизофренией посвящены многочисленные исследования. В работах Выготского, Биренбаум, Зейгарник и др. содержатся указания на нарушения функции образования понятий, как существенную черту шизофренической психики, расстройства соотношения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов мыслительной деятельности. Причем, как отмечали Корсаков и Выготский, нарушения мышления на уровне понятий у больных шизофренией не исключают относительной сохранности формально-логических (алгоритмических) операций.

Наиболее характерными проявлениями нарушений мышления при шизофрении являются разноплановость, резонерство, соскальзывания, причудливость ассоциаций и др.

Разноплановость чаще выявляется при выполнении методик «Классификация», «Исключение предметов». Например, в пробе на классификацию в качестве признаков, по которым она проводится, могут выступать то свойства самих предметов, то личные вкусы, отношения, установки. Направленность на объективное содержание действия утрачивается, мышление больных становится разноплановым, суждения о каком-то явлении находятся в разных плоскостях.

Резонерство у больных шизофренией — это тенденция больных к многоречивым непродуктивным рассуждениям, бесплодному мудрствованию. Для шизофренического резонерства типично сочетание искаже-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



287

Назад

Закрыть

ния уровня обобщения с нарушениями последовательности и критичности мышления. В структуре его обращают на себя внимание слабость суждений, аффективные изменения и связанные с последними многоречивость, многозначительность, неуместный пафос высказываний. Отмечая, что в структуре резонерства нарушения собственно интеллектуальных операций не являются ведущими, основное значение придается нарушениям личностного компонента мыслительной деятельности, изменению отношения к окружающему, неадекватной самооценке. Подчеркивается роль искажения мотивационных установок в качестве фактора, непосредственно ответственного за формирование структуры данного нарушения.

Для мышления больных шизофренией ряд авторов считает характерными так называемые «соскальзывания» (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и др.). Выполняя задания (особенно связанные с такими методиками, как «Классификация», «Исключение» и др.), больной правильно решает задачу или адекватно рассуждает о каком-то предмете, но неожиданно сбивается с правильного хода мысли на ложную неадекватную ассоциацию, а затем продолжает задание, не исправляя допущенной ошибки; таким образом, в целом суждения его оказываются лишенными логической последовательности.

Определенным своеобразием отличаются и ассоциативные процессы больных шизофренией. Отмечено значительное удлинение ассоциативной цепочки за счет отсутствия жестких прочных связей и большого чис-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



288

Назад

Закрыть

ла однократно употребляемых ассоциаций. Большая часть ассоциаций носит характер нестандартных, несущественных, что может свидетельствовать о процессах дезорганизации, беспорядочности в вероятностно-статистической структуре ассоциаций.

Для объяснения особенностей нарушения познавательной деятельности при шизофрении, в частности, мышления, Поляков предложил гипотезу об изменении избирательности мышления, детерминируемой различными факторами прошлого опыта. С целью проверки этой гипотезы в ряде экспериментов изучали особенности актуализации знаний больными шизофренией. При этом было установлено, что при выполнении заданий на «классификацию», «сравнение» и пр. больные шизофренией актуализируют широкий круг малозначимых, «латентных» признаков и отношений предметов, не используемых здоровыми. Происходит выравнивание значимости отдельных признаков, существенных и несущественных, изменяется их вероятностная оценка; больные могут считать существенными и те признаки, которые маловероятны с точки зрения их прошлого опыта. Возникающая при этом избыточность информации привлекается автором для объяснения неэкономичности психической деятельности больных шизофренией.

В дальнейших исследованиях было показано, что нарушения избирательности актуализации знаний в качестве существенной особенности познавательной деятельности больных шизофренией характерны не только для них самих, но и для их ближайших родственников без психи-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



289

Назад

Закрыть

ческой патологии. На основании этих данных указанные изменения были отнесены к преморбидным. Далее было показано, что степень выраженности изменения избирательности знаний на основе прошлого опыта существенно не менялась по мере прогрессирования заболевания и не определялась выраженностью шизофренического дефекта.

Во многих работах предметом исследования являлись нарушения речи у больных шизофренией с расстройствами мышления. При лингвистическом анализе применительно показано, что расстройства мышления у испытуемых проявлялись в отклонениях от речевой нормы и в других особенностях речи не только на семантическом, но и на грамматическом, графическом и лексическом уровнях.

Вопрос об интеллектуальной деятельности больных шизофренией далеко не новый и многократно обсуждался в литературе. В наиболее ранних исследованиях указывалось, что у бредовых больных наблюдается дефект интеллекта. Однако в дальнейшем было показано, что такое представление является неправильным. В исследованиях Серебряковой особенности интеллектуальной деятельности больных шизофренией были предметом специального изучения. Обследование проводилось с помощью стандартизированного набора Векслера. При анализе полученных результатов отмечено, что показатель успешности выполнения заданий методики в целом не обнаружил резких отклонений от нормы. Не было выявлено значительной разницы между вербальной и невербальной оценками.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



290

Назад

Закрыть

Более четкие результаты удалось получить при качественном анализе ответов больных. Отмечено правильное выполнение трудных заданий, но в то же время с легкими заданиями больные не всегда справлялись. Нередко выполнение заданий сопровождалось пространными рассуждениями, в которых больные были близки к правильному ответу, но достичь его не могли, затруднялись в выделении существенных признаков. У части больных выявляли аутизм, тенденцию включать вопросы в структуру своих болезненных переживаний.

Специальному анализу были подвергнуты особенности интеллектуальной деятельности больных с преобладанием апатико-абулических и параноидных расстройств. Больные первой группы безразлично относились к исследованию, задания выполняли с побуждением, неохотно, порой негативно, на ошибки не реагировали, результатами не интересовались. Анализ профиля показал снижение интеллектуальной деятельности при выполнении заданий. В субтесте «осведомленность» больные использовали старые знания, давали правильные ответы на легкие вопросы, со сложными не справлялись. На вопросы, связанные с экономической, политической и социальной жизнью, не отвечали. Это особенно проявлялось в субтесте «понятливость», где требовалось понимание определенных социальных явлений. Неспособность больных дать ответ на этот круг вопросов свидетельствовала о социальной замкнутости, отгороженности от окружающих. При выполнении субтеста «Понятливость» выявлялось нарушение этических и социальных норм поведения.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



291

Назад

Закрыть

Наиболее употребительные пословицы больные трактовали правильно, в случае предъявления сложных пословиц испытывали затруднения, объясняли их неправильно. Например, пословицу: «Одна ласточка лета не делает» объясняли следующим образом: «Ласточки летают стаями» или «У ласточки крылья и клюв красивые». В задании «Сходство» больные не выделяли главные существенные признаки, находили сходство предметов по маловероятным, несущественным признакам. Так, на вопрос «В чем сходство собаки и льва?» отвечали: «Лев и собака курносые». Субтесты «Кубики Кооса» и «Сложение фигур» направлены на исследование конструктивного мышления.

В субтесте «Сложение фигур» больные выполняли лишь первую пробу — «сложение человечка». С остальными не справлялись, допускали нелепые решения, по отдельным признакам не «охватывали» фигуры целиком, складывали первые попавшиеся части фигуры, затем прикладывали остальные детали. Целенаправленность действий отсутствовала, больные не выделяли существенных признаков фигуры, информативная значимость всех ее частей для них была одинакова.

У больных шизофренией с параноидными расстройствами результаты отличались некоторыми особенностями. Они хорошо включались в работу, некоторые по бредовым мотивам настороженно относились к исследованию, интереса к заданиям не проявляли. Мышление больных с параноидным синдромом характеризовалось неспособностью к выделению главных, существенных признаков, затруднениями в анализе. Реше-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



292

Назад

Закрыть

ния выносились по внешне случайным связям, порой нелепым, испытываемые не охватывали предмета или вопроса целиком. При анализе «профиля» этой группы больных видно, что они неравномерно выполняли задания, с одними справлялись успешно, с другими — значительно хуже. Интеллектуальный уровень этих больных оказался также сниженным. Разница между вербальной и невербальной оценками почти отсутствовала. Относительно успешнее больные справлялись с субтестом «Осведомленность», и в этом задании затруднения вызывали вопросы, отражающие общественно-политическую сторону жизни. Из группы вербальных заданий самые низкие результаты оказались в субтесте «Понятливость». В ответах на вопросы нередко отражались бредовые переживания больных. Так, на вопрос «Как бы Вы поступили, если бы нашли запечатанный конверт с адресом и маркой?» больной отвечал: «Не поднял бы, вдруг что-нибудь опасное в письме».

Указывая недостающую часть изображения, больные часто вносят в ответы свои бредовые переживания. Например, при рассматривании картинки, где изображен автомобиль, больные с бредом преследования нередко спрашивают: «За кем собирается ехать эта машина?». Трудность для больных представляет субтест «сложение фигур». В этом задании они не могут выделить целой фигуры на основании отдельных признаков, при составлении допускают нелепые решения, информативность существенных и второстепенных признаков как частей целого для них отсутствует. При выполнении задания «Последовательные картин-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



293

Назад

Закрыть

ки» затруднялись в установлении логической связи между отдельными картинками, содержание объясняют в плане своих бредовых переживаний. Так, например, в задании «Такси» больной с бредом ревности говорит:

«На этих картинках изображено, как жена изменяет мужу». Юмора сюжетных картин не понимают.

При сравнении средних оценок выполнения всех заданий методики Векслера больными обеих групп достоверных различий не установлено. Выявились качественные различия ответов, определявшиеся психопатологической симптоматикой.

Все отмеченные выше проявления характерных нарушений мышления при шизофрении в виде резонерства, разноплановости, соскальзывания и др. в той или иной степени выраженности определялись при качественном анализе результатов выполнения больными заданий методики Векслера.

Ниже приведены типичные ответы больных шизофренией при патопсихологическом обследовании (в виде резонерства и разноплановости).

Больные с органическими заболеваниями головного мозга лучше справлялись с вербальными заданиями, чем с невербальными. Обращала на себя внимание большая разница между вербальными и невербальными оценками. Ответы больных адекватны, с тенденцией к излишней конкретизации и детализации. Для больных, перенесших энцефалит, особенно характерны вязкость, обстоятельность мышления и склонность



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



294

Назад

Закрыть

Таблица 2.13 – Типичные ответы больных шизофренией при патопсихологическом обследовании

Методики	Задание	Ответы
Предметное исключение	Лампочка, керосиновая лампа, свеча, солнце	«Можно лампочку исключить, тогда все остальные предметы относятся к одному роду светильников и при горении выделяют природную энергию»
	Шкаф, кровать, этажерка, бельевой шкаф	«Исключаю шкаф, остальные предметы для одинокого “книголюба”»
Вербальное исключение	Дерево, почка, кора, лист, сук	«Можно исключить лист или почку, так как все остальное присутствует всегда на дереве в зависимости от времени года. Но можно исключить и дерево, тогда все остальное присоединится к нему»
Сходство	Ботинок – карандаш Плащ – ночь Муха – дерево Тарелка – лодка	«Оставляют след». «Окутывают действительность». «Крылья мухи похожи на листья деревьев». «Вогнутые могут плавать по воде», «Им можно дать движение: лодка движется по воде, тарелка может упасть»
Пиктограмма	Сомнение	Больной рисует осла и две копны сена по сторонам: «Сомнение – это положение Буриданова осла»
	Развитие	Больной ставит букву «В»: «С помощью велосипеда можно развить мышцы»
	Сомнение	Изображается волнистая линия: «Эта линия выражает волнение, которое всегда возникает, когда сомневаешься»



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



295

Назад

Заккрыть

к детализации. Обнаруживая достаточный уровень обобщения, испытуемые в ряде случаев не удерживали правильный способ решения и допускали ошибки. В отличие от больных шизофренией, у которых отмечается искажение уровня обобщения, для больных с органическими заболеваниями головного мозга более характерно его снижение. Нередко при выполнении психологических заданий у больных с органическим заболеванием головного мозга наблюдается резонерство, имеющее более конкретный (чем при шизофрении) характер и носящее при снижении интеллектуальной деятельности и известной аффективной сохранности компенсаторный характер, — это так называемое «компенсаторное резонерство». При исследовании ассоциаций у этих больных выявляется спонтанность (называние того, что «перед глазами»).

Для больных с органическими заболеваниями головного мозга характерна связь нарушений интеллектуальной деятельности с нарастающей психической истощаемостью, сниженной сенсомоторной реактивностью. При «психоорганическом» синдроме они утрачивают способность к высшим формам мыслительной деятельности.

Значительная часть литературы посвящена нарушениям интеллектуальной деятельности при локальных поражениях головного мозга (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская). У больных с поражением лобных долей отмечены изменения интеллектуальной деятельности количественного (значительное увеличение времени выполнения заданий и числа ошибок) и качественного характера. Часть из них связана с содержанием деятельности



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



296

Назад

Закрыть

и проявляется в нарушениях категориального аппарата, трудностях актуализации понятий и оперирования ими; другой тип ошибок (персеверативные ответы, соскальзывание на привычные ассоциации, забывание предыдущего результата, замена нужных ассоциаций случайными) обусловлен нарушениями в системе произвольного интеллектуального внимания или произвольной регуляции интеллектуальной деятельности.

Описаны типичные изменения мышления у больных, страдающих эпилепсией. Замедленность, тугоподвижность, вязкость мышления этих больных обусловлены изменением подвижности нервных процессов, инертностью их психологической деятельности. Эти изменения мышления хорошо видны в ассоциативном эксперименте (увеличение латентного периода, частые эхологические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов). Больные эпилепсией склонны к чрезмерной обстоятельности, детализации; при экспериментально-психологических исследованиях они фиксируют внимание на несущественных деталях, суждения их носят конкретно-ситуационный характер, они не понимают условности, юмора, не в состоянии выявить существенные свойства предметов, раскрыть смысловые связи между ними. В основе этих нарушений лежит снижение процесса обобщения. Особенности мышления больных эпилепсией проявляются в их речи. Последняя характеризуется замедлением темпа, речевыми штампами, употреблением уменьшительных слов.

Наиболее характерным в плане расстройств мышления при травматических поражениях головного мозга является нарушение операционной



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



297

Назад

Закрыть

стороны мышления при относительной сохранности личностно-мотивационной сферы. Обращает на себя внимание прежде всего снижение уровня обобщений.

При изучении пациентов пожилого и старческого возраста экспериментально-психологическое исследование позволяет дифференцировать разные типы деменций с констатацией в одних случаях снижения интеллекта при сохранности «ядра» личности (лакунарная деменция), в других — нарушения памяти в качестве основы слабоумия (амнестическая деменция) либо преобладания диффузных изменений личности в сочетании с общим психическим снижением (псевдопаралитическая деменция). Нередко возникает необходимость в дифференциации атеросклеротической деменции от болезни Пика и болезни Альцгеймера. При первой отмечается общее снижение интеллекта с характерными изменениями эмоциональности, при второй — своеобразные выпадения речи, нарушения праксиса и гнозиса.

У больных, перенесших инфаркт миокарда (исследования проводились на 2-м месяце болезни), отмечены нерезкие интеллектуальные затруднения, утомление при интеллектуальном напряжении, снижение продуктивности, что требует врачебного контроля не только за физической нагрузкой, но и умственным напряжением больных, целесообразность ее дозирования и постепенного нарастания с учетом клинического состояния больных и результатов экспериментально-психологического исследования.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



298

Назад

Закреть

Нарушения внимания. Внимание в психологии рассматривается как направленность психической деятельности, сознания человека на определенные предметы и явления. В отличие от познавательных процессов (восприятие, память, мышление) внимание в своих высших формах выступает в качестве одной из функций произвольной регуляции психической деятельности человека.

Основными свойствами внимания являются объем, переключаемость, устойчивость, концентрация и избирательность. Показатели внимания отдельного человека могут варьировать в зависимости от утомления и общего состояния организма, условий среды, отношения человека к соответствующей деятельности и др.

Нарушения внимания обычно наблюдаются при психогенно и соматогенно обусловленных астенических состояниях, весьма своеобразно проявляются при ряде локальных поражений головного мозга, некоторых психических заболеваниях.

При исследовании активного внимания у больных (его концентрации и переключаемости) установлено существенное его снижение. Особенно снижено активное внимание у больных невротическими расстройствами. Относительно общую трудность для всех больных невротическими расстройствами представляют задания «Арифметическое», «Повторение цифр» и особенно «Шифровка» (субтесты методики Векслера), требующие высокой концентрации внимания.

При исследовании больных невротическими расстройствами с помощью оценочной шкалы астении в основное кольцо взаимосвязанных признаков наряду с симп-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



299

Назад

Закрыть

томами, подчеркивающими собственно астенические проявления («я испытываю общую слабость», «я чувствую себя усталым», «когда я просыпаюсь утром, то не чувствую себя свежим и отдохнувшим», «меня утомляют люди»), вошли признаки, указывающие на снижение активного внимания — «мне трудно сосредоточиться на каком-либо вопросе или задаче» — и памяти — «я забывчив».

Исследовались особенности внимания у больных шизофренией. Установлено снижение активного произвольного внимания, таких его динамических характеристик, как устойчивость и переключаемость, причем эти расстройства нарастали по мере увеличения дефекта, отражая общее снижение психической активности.

Своеобразный характер имеют расстройства способности переключения внимания, наблюдающиеся при локальных поражениях головного мозга. Так, у больных с поражением лобных долей нередко возникают повторное выполнение, персеверация одного и того же действия, затруднения в переключении внимания на новое действие. Постукивая, например, карандашом по столу в определенном ритме (два сильных удара, один слабый), эти больные не могут переключиться на новый ритм (два слабых удара, один сильный и т.п.) и продолжают стереотипно отстукивать ритм, предъявленный для повторения первым. Сходная картина наблюдается при повторении больными с лобными поражениями рядов слогов или слов (би-ба-бо, дом-кот-стол) при перемене последовательности их предъявления в ряду (например, бо-ба-би, ба-би-бо, кот-дом-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



300

Назад

Закрыть

стол). Больные продолжают настойчиво воспроизводить первую по порядку предъявления последовательность слогов или слов.

Расстройства внимания обычны для больных с травматическими и сосудистыми заболеваниями головного мозга. У них отмечаются неустойчивость внимания, неспособность к длительной его концентрации и утомляемость.

Снижена концентрация и устойчивость внимания у больных с диэнцефальными расстройствами. Подобные же нарушения внимания отмечаются у больных с далеко зашедшими стадиями хронического алкоголизма.

Расстройства внимания типичны для больных с церебральным атеросклерозом. Уже при начальных явлениях церебрального атеросклероза обнаруживается быстрая утомляемость, проявляющаяся колебаниями внимания, невозможностью сосредоточения на исследовании. У лиц с начальными явлениями церебрального атеросклероза при сложной дифференцировочной работе с черно-красными таблицами отмечаются персеверация, нарушение дифференцировки цвета. В основе характерной для больных с церебральным атеросклерозом рассеянности лежат повышенная отвлекаемость, нарушение устойчивости внимания.

У больных эпилепсией по сравнению с контрольной группой здоровых людей значительно сниженными оказались переключение и устойчивость внимания. Что же касается других его свойств, то они существенно не отличались от подобных характеристик в контрольной груп-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



301

Назад

Закрыть

пе.

Нарушения внимания нередки в соматической клинике. Так, у больных туберкулезом легких время выполнения заданий по методикам Шульте и Мюнстерберга в среднем превышает аналогичный показатель группы здоровых. Отличительной особенностью выполнения больными корректурной пробы является то, что они в среднем справлялись с заданием даже быстрее, чем здоровые, но при этом допускали большее число ошибок.

В ряде работ расстройства внимания рассматриваются в контексте более широких нарушений умственной работоспособности. При этом имеется в виду, что нередко основным фактором, определяющим снижение у больных работоспособности, в том числе умственной, является сужение объема внимания. Эти данные представляют специальный интерес во врачебно-трудовой экспертизе.

Для широкой врачебной практики полезно учитывать следующие нарушения внимания:

1. *Невнимательность* — нарушение устойчивости внимания.

1-й вариант: рассеянность (порхающее внимание) — легкая переключаемость слабоконцентрируемого внимания. Этот тип невнимательности встречается при астении у ослабленных людей с соматическими заболеваниями, у детей с невротическими состояниями, а также на начальных этапах различных психических расстройств.

2-й вариант: слабая концентрация внимания при сниженной переключа-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



302

Назад

Закрыть

чаемости. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением подвижности нервных процессов, наблюдается у больных с церебральным атеросклерозом в пожилом возрасте, при хроническом алкоголизме и наркомании и на поздних стадиях шизофрении.

2. *Гиперметаморфоз внимания* — повышенная отвлекаемость. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного вида деятельности к другому. При выполнении корректурной пробы и других заданий больные пропускают отдельные строки в таблице, зачеркивают другие символы, забывают инструкцию.

3. *Сужение объема внимания* — патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Встречается при опухолях головного мозга и при невротических расстройствах.

4. *Истощаемость внимания* — прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе работы. Выявляется по резкому снижению качества и темпа выполнения задания. Быстрая истощаемость внимания свойственна больным с травмами черепа и другими органическими заболеваниями мозга, а также с реактивными пограничными состояниями и посттравматическими состояниями.

5. *Инертность внимания* — невозможность своевременной переключаемости или патологическая фиксация внимания. Наблюдается у больных эпилепсией, при психопатиях с паранойяльным развитием, при психопатоподобной форме шизофрении.

Эмоциональные расстройства. Эмоции представляют собой одну



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



303

Назад

Закрыть

из важнейших сторон психической деятельности, характеризующей переживание человеком действительности. Лебединский и Мясищев, указывая, что существенным в определении эмоций является их связь с отношением человека к окружающему и самому себе, видят в них «интегральное выражение измененного тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организма человека».

Один из ведущих зарубежных исследователей эмоций К. Изард подчеркивает, что целостное определение эмоций требует учета трех компонентов, характеризующих это явление: а) переживаемого или осознаваемого ощущения эмоций; б) процессов, происходящих в нервной, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и других системах организма; в) поддающихся наблюдению выразительных комплексов эмоций, в частности, тех, которые отражаются на лице. Этим подчеркивается междисциплинарный характер области, исследующей эмоции, к которой привлечено внимание психологов, нейрофизиологов, врачей и других специалистов.

Разделом психологии, способствовавшим интенсификации ряда направлений в исследовании эмоций, явилась область экспрессивных проявлений человека, соотношения эмоций и экспрессии, с выходом на изучение эмоциональной коммуникации между людьми. При изложении особенностей эмоциональных расстройств, учет которых важен для медицинской практики, целесообразно исходить из группировки эмоций, предложенной В.Н. Мясищевым. В этом случае отдельно рассматри-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



304

Назад

Закреть

ваются: 1) эмоциональные реакции, для которых типична отчетливая связь возникших переживаний с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими, 2) эмоциональные состояния, характеризующиеся изменением нервно-психического тонуса и 3) эмоциональные отношения (чувства) с эмоциональной избирательностью или связью эмоций определенного вида с определенными лицами, объектами или процессами.

Расстройства эмоциональной сферы характерны для больных неврозами. Типичными для современной клиники неврозов являются болезненные эмоционально-аффективные реакции и состояния страха, снижения настроения и др.

Состояния страха при неврозах условно можно рассматривать в виде трех основных клинических вариантов: невротической тревоги, невротического страха и невротической фобии. Изучались реакции больных на раздражители — слова и фотографические сюжеты — различной степени эмоциональной значимости для больного. По степени эмоциональной значимости слова и фотосюжеты были условно разделены на три группы: 1) нейтральные, содержание которых не было включено в систему патогенных переживаний; 2) отражающие патогенные переживания больных и особенности болезненной симптоматики; 3) отражающие особенности психотравмирующей ситуации. Регистрировали ЭЭГ-реакции и кожно-гальваническую реакцию (КГР). При исследовании больных с невротической тревогой электрофизиологические реакции были значительно более выраженными в ответ на раздражители, имеющие отно-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



305

Назад

Закрыть

шение к содержанию патогенных переживаний и психотравмирующей ситуации. Причем реакции на раздражители, отражающие содержание патогенных переживаний, связанных с болезнью, оказались особенно выраженными. При невротическом страхе были отмечены сходные изменения ЭЭГ и КГР. Однако более выраженными были изменения, вызванные раздражителями, связанными с содержанием самого страха. У больных третьей группы с невротическими фобиями наиболее выраженными и продолжительными были сдвиги, вызванные словами и фотографическими сюжетами, отражающими особенности психотравмирующей ситуации.

В целом больные неврозами характеризуются достаточно высокими показателями сенситивности, тревожности, лабильности эмоций, импульсивности и низкими показателями фрустрационной толерантности. В соответствии с клиническими представлениями сенситивность и тревожность относительно была выше у больных неврозом навязчивых состояний, лабильность эмоций и импульсивность — в группе больных истерией.

В еще большей степени к эмоционально-аффективным реакциям, в том числе патологического характера, склонны лица, страдающие психопатиями (в особенности с истерической, эксплозивной, эпилептоидной клиническими формами психопатий).

В последние десятилетия многочисленные исследования были посвящены изучению таких эмоциональных состояний, которые называются



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



306

Назад

Закрыть

ситуациями напряженности, или стрессовыми ситуациями. Фрустрация рассматривается как один из видов психических состояний, выражающихся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемых объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи.

Показатели фрустрации у больных неврозами, за исключением интрапунитивного направления и типа реакции «с фиксацией на самозащите», статистически достоверно отличаются от таковых в контрольной группе здоровых лиц. У больных преобладает экстрапунитивное направление фрустрационных реакций при меньшей частоте импунитивных, причем доминирует тип реакций «с фиксацией на удовлетворении потребностей», то есть для больного неврозом более характерно в ситуации фрустрации требование помощи от другого лица для ее разрешения. Одновременно наблюдались значимые различия по показателю КГР, который статистически достоверно меньше у больных неврозами по сравнению с контрольной группой здоровых (соответственно 48,9 и 64,3).

Большое значение в диагностическом и лечебно-реабилитационном планах имеет снижение, притупление эмоциональности. При этом обнаруживается более или менее выраженное безразличие по отношению ко всем явлениям жизни. Состояние апатии — общего эмоционального снижения — встречается при многих заболеваниях, однако особенно



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



307

Назад

Закреть

ярко эмоциональная тупость проявляется при шизофрении. Больной, отношение которого к членам семьи до начала заболевания характеризовалось любовью и привязанностью, становится к ним безразличным, теряет интерес к окружающему; утрачивается дифференцированность эмоциональных реакций, появляется неадекватность в переживаниях.

Блейхер приводит результаты исследования больных шизофренией методом «пиктограммы», позволяющим ярко охарактеризовать особенности их эмоциональности. Избираемые больными для опосредованного запоминания образы оказываются лишены эмоционального содержания, а их связь со словом-раздражителем мотивируется больными резонерски, с учетом не столько существенных, сколько «слабых» признаков. Автор приводит следующие примеры пиктограмм больных шизофренией: к слову «печаль» — развернутая книга («В книге Рокуэла Кента есть печаль, сомнения, мировая скорбь»), «героический поступок» — стрела («Я думаю о воинах древности») и т.д.

При исследовании больных шизофренией по методу ТАТ отмечено отсутствие у них субъективного отношения к содержанию рисунка, они не выделяют его эмоциональный подтекст, нет переживания особой интимности обследования, обычно связанного с произвольной идентификацией с героями составленных рассказов, отражающих, например, у больных неврозами, конфликты и значимые для них ситуации и отношения. Такой же характер носит и описание больными шизофренией юмористических рисунков — юмор либо им недоступен, либо в сюжете



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



308

Назад

Закрыть

рисунка юмор переносится на другие, совершенно неадекватные объекты. Проявлением выраженных эмоциональных изменений, эмоциональной тупости в эксперименте по методу Роршаха является уменьшение у больных шизофренией цветовых интерпретаций.

Из трех видов эмоций: эмоциональных реакций, состояний и отношений — в начале заболевания шизофренией страдает главным образом филогенетически самая новая система эмоций, участвующая в формировании эмоциональных отношений. Именно вследствие этого появляются необычные ранее для больного склонности, искажения высших этических чувств, изменяются отношения к близким и т.п. Эмоциональные же реакции и эмоциональные состояния можно рассматривать как менее специфичные при шизофрении, хотя они и занимают существенное место в их клинических проявлениях. Для подтверждения данных предположений автор приводит результаты исследований, целью которых было выявление особенностей восприятия мимики здоровыми и больными шизофренией. Резкое увеличение крайних оценок мимики (по предъявляемым фотографиям разных лиц) у больных шизофренией сопровождалось параллельным увеличением крайних оценок в семантическом дифференциале. Так как семантический дифференциал отражает эмоциональные отношения, то на характеристиках мимики, замечает автор, вероятно, сказывается патологическое искажение эмоциональных отношений, и уже вторично это влияет на оценки мимики.

Указанные работы в своем значении выходят за рамки изучения осо-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



309

Назад

Закреть

бенностей эмоциональных расстройств при шизофрении. Освещая более общие проблемы соотношения экспрессии и эмоций, эмоциональной коммуникации, опосредованно эмпатического потенциала личности больного, они представляют интерес для разработки психологических и социально-психологических основ психотерапии и реабилитации.

Заслуживают внимания исследования, проведенные на больных шизофренией с апатико-абулическим синдромом. С помощью специально разработанной психофизиологической методики и методики «незаконченных предложений» даже у этой группы больных с так называемой эмоциональной тупостью были выявлены «эмоциональные островки» в виде одного или нескольких эмоционально значимых отношений (к работе, семье, своему будущему). Именно на эти «эмоциональные островки» были ориентированы психотерапевтические и социотерапевтические воздействия.

Примером заболевания, при котором обнаруживают яркие изменения эмоционального состояния, является маниакально-депрессивный психоз. При маниакальной фазе отмечается патологически повышенное, радостное настроение — эйфория. Окружающее воспринимается больными в радужных, светлых тонах. При депрессивной фазе, напротив, изменение эмоционального состояния имеет противоположную направленность и характеризуется как меланхолическое (депрессивное). Для него характерны мрачные оценки происходящего, пессимистические взгляды на будущее. При обеих фазах заболевания отмечают также изменения



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



310

Назад

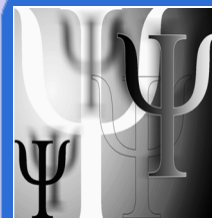
Закреть

познавательных процессов, в частности мышления (бредовые идеи переоценки личности в одной фазе и идеи самообвинения, самоуничужения, греховности — в другой).

С целью изучения влияния собственного аффективного состояния слушателя на распознавание эмоциональных характеристик речи исследовали больных, находившихся в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза. Оказалось, что наибольшие трудности возникали у них при идентификации состояния пониженного настроения, в то время как распознавание других эмоциональных состояний существенно не менялось.

Эмоционально-аффективные расстройства обычны для больных с органическими заболеваниями головного мозга. Повышенная раздражительность, взрывчатость характерны для лиц, перенесших травмы головного мозга; эмоциональная слабость и «недержание эмоций» — с судистыми церебральными заболеваниями; раздражительность, недержание аффекта, эйфория, тревожно-боязливое или безучастно-депрессивное настроение наблюдаются при различных органических заболеваниях головного мозга.

Описаны нарушения эмоционально-аффективной сферы у больных с эпилепсией. Изменения у них имеют либо пароксизмальный, либо перманентный характер и проявляются в виде страха, тревоги, снижения настроения, злобности, реже — в виде приятных ощущений в различных органах, чувства «озарения», «нахождения в раю».



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



311

Назад

Закрыть

В работах Зайцева и его сотрудников использовался ассоциативный эксперимент. С помощью методики свободных вербальных ассоциаций у части больных инфарктом миокарда были выявлены ассоциативные комплексы, свидетельствующие о наличии психологической доминанты, отражающей представления о болезни и ее возможном неблагоприятном исходе. Характерные для больных с инфарктом миокарда расстройства в эмоционально-аффективной сфере нашли отражение в эмоционально насыщенных ассоциациях и в готовности продуцировать словесные ассоциативные комплексы с аффективной окраской. Так, от слов «раненый, мертвый, могила», связанных с тематикой военных лет, больной перешел к комплексу «морг, больница, инфаркт, смерть». Этот комплекс указывал на имеющуюся у него психологическую доминанту, отражающую особенности внутренней картины болезни. Представляет интерес, что у всех больных инфарктом миокарда, у которых до лечения были выявлены подобные ассоциативные комплексы, они исчезали под влиянием лечебно-реабилитационных воздействий. В контрольной группе здоровых в процессе того же эксперимента отмечены смысловые ассоциации обычного содержания.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



312

Назад

Закреть

3 МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

3.1 Список рекомендуемой литературы

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. — М. : Кафедра-М, 1998. — 272 с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. — М. : Эксмо, 2002. — 352 с.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства : учеб. пособие / Ю.А. Александровский. — 3-е изд. — М. : Медицина, 2000. — 287 с. [Читать »](#)
4. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л.М. Балабанова. — Донецк : Сталкер, 1998. — 432 с.
5. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : руководство для врачей и мед. психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. — Ростов н/Д : Феникс, 1986. — 448 с.
6. Блейхер, В.М. Анализ сновидений как метод исследования ВКБ / В.М. Блейхер, С.Н. Боков // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболе-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



313

Назад

Закрыть

ваниях : сб. научных трудов / под ред. М.М. Кабанова — Л. : Лен. НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1990. — С.50–53.

7. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. — М. : Мысль, 1988. — 301 с. [Читать](#) »
8. Зейгарник, Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. — М. : Изд-во МГУ, 1980. — 169 с.
9. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1986. — 287 с. [Читать](#) »
10. Змановская, О.В. Девиантология : (Психология отклоняющегося поведения) / О.В. Змановская. — М. : Академия, 2004. — 288 с. [Читать](#) »
11. Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. — Л. : Медицина, 1983. — 312 с.
12. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция / В.Е. Каган // Вопросы психологии. — 1993. — №1. — С. 86–88.
13. Калитиевская, Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию / Е.Р. Калитиевская // Психология



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



314

Назад

Закреть

с человеческим лицом / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. — М. : Смысл, 1997. — С. 230–238.

14. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. — СПб. : Питер, 2006. — 960 с. [Читать »](#)
15. Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. — 11-е изд. — СПб. : Питер, 2004. — 1167 с.
16. Клиническая психология / М. Перре [и др.] ; под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб. : Питер, 2002.—1312 с. [Читать »](#)
17. Кречмер, Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер // Психология индивидуальных различий : Тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1982. — С. 219–248.
18. Кречмер, Э. Медицинская психология. Практическая врачебная психология / Э. Кречмер // Клиническая психология : Хрестоматия / сост. и общ. ред. Н.В. Тарабрина. — СПб. : Питер, 2000. — С. 38–50.
19. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. — СПб. : Речь, 2003. — 288 с.
20. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко // Психология индивидуальных различий : Тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1982. — С. 288–318.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



315

Назад

Закрыть

21. Личко, А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛО-БИ) / А.Е. Личко, М.М. Кабанов, В.М. Смирнов // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / А.Е. Личко, М.М. Кабанов, В.М. Смирнов ; под общ. ред. А.Е. Личко. — М. : Медицина, 1983. — С. 102–115.
22. Лучков, В.В. Понятие нормы в психологии / В.В. Лучков, В.Д. Ротинянский // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. — 1987. — №2. — С. 46–59.
23. Малкина-Пых, И. Психосоматика : Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. — М. : Эксмо, 2005. — 992 с.
24. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. — М. : МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с. [Читать »](#)
25. Михайлов, А.Н. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях / А.Н. Михайлов, В.С. Ротенберг // Вопросы психологии. — 1990. — №5. — С. 106–111.
26. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. — М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. — 407 с.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



316

Назад

Закрыть

27. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 168 с.
28. Поляков, Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы / Ю. Ф. Поляков // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. — 1996. — №2. — С. 3–8.
29. Поляков, Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии / Ю.Ф. Поляков // Клиническая психология : Хрестоматия / сост. и общ.ред. Н.В. Тарабрина . — СПб. : Питер, 2000. — С. 179–196.
30. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский [и др.]. — М. : Медицина, 1991. — 115 с.
31. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. — М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с. [Читать »](#)
32. Сандомирский, М. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. руководство / М. Сандомирский. — М. : Класс, 2005. — 592 с.
33. Свядоц, А.М. Неврозы : руководство для врачей / А.М. Свядоц. — М. : Медицина, 1997. — 448 с.
34. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. — М. : Прогресс, 1979. — 123 с.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



317

Назад

Закрыть

35. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию : в 2-х т. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. — М. : Академ. Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2002. — 381 с.
36. Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1989. — 216 с.
37. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. — М. : Медицина, 1987. — 400 с.
38. Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья : учеб. пособие / Ю.Г. Фролова. — Минск, 2000. — 124 с.
39. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди ; пер. с венг. — 5-е изд., перераб. и доп. — Будапешт : Изд-во АН Венгрии, 1988. — 338 с.

3.2 Планы семинарских, практических и лабораторных занятий

Семинарское занятие №1

Основные понятия клинической психологии

1. Понятия здоровья и болезни. Признаки болезни. Категория нормы и патологии применительно к болезни и здоровью.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



318

Назад

Закрыть

2. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни. Уровни ВКЗ и ВКБ.

3. Болезнь как психологический феномен.

4. Концепция «преодоления болезни».

Практические задания:

1. Обследуйте одного испытуемого с помощью опросников «Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)» и методики неоконченных предложений. Определите ведущий тип отношения к болезни у испытуемого. Составьте психологическое заключение и определите задачи психологической помощи.

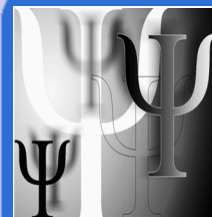
2. Предложите испытуемым изобразить (нарисовать) свою болезнь. Определите, как в рисунках отражаются уровни внутренней картины болезни (сенсорный, аффективный, когнитивный, регулятивный).

3. Изобразите с помощью кругов Эйлера соотношение понятий «здоровье» и «болезнь», «ВКЗ» и «ВКБ».

4. Заполните следующую таблицу (на примере любого знакомого Вам заболевания, желательно из собственного опыта)

5. Определите норму продолжительности ночного сна:

- статистическая норма — определяется посредством опытных среднеарифметических данных;
- идеальная норма — определяет состояние совершенства;
- социальная норма — определяет нормы поведения, принятые в обществе;



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



319

Назад

Закрыть

Таблица 3.1 – Уровни объективной и субъективной картины болезни

Уровень	Объективная (клиническая) картина болезни	Субъективная (внутренняя) картина болезни
Чувственный		
Эмоциональный (аффективный)		
Когнитивный (интеллектуальный)		
Мотивационный, поведенческий		

- субъективная норма – определяет норматив для каждого человека, приемлемый для него.

Литература (*обязательная литература)

1. *Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдциц. – М. : Кафедра-М, 1998. – 272 с.
2. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : руководство для врачей и мед. психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – Ростов н/Д : Феникс, 1986. – 448 с.
3. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
4. *Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концеп-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



320

Назад

Закреть

ция / В.Е. Каган // Вопросы психологии. — 1993. — №1. — 86–88.

5. Калитиевская, Е.Р. Психическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию / Е.Р. Калитиевская // Психология с человеческим лицом / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. — М. : Смысл, 1997. — С. 230–238.

6. *Клиническая психология / М. Перре [и др.] ; под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб. : Питер, 2002.—1312 с.

7. *Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. — М. : МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с.

8. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 168 с.

9. *Поляков, Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы / Ю.Ф. Поляков // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. — 1996. — №2. — С. 3–8.

Семинарские занятия №№2–3

Психология соматических заболеваний

1. Психосоматическая проблема в истории психологии. Понятие психосоматического типа.

2. Понятие психосоматических расстройств. Концепции психосоматических расстройств.

3. Клинико-психологическая классификация и характеристика психосоматических расстройств.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



321

Назад

Закреть

4. Механизмы и типы психологической защиты у психосоматических больных.

5. Психологические особенности личности больных с психосоматическими расстройствами.

На занятии студенты представляют рефераты по проблеме.

Семинарские занятия №№4–5

Аддиктивные расстройства. Психология зависимости и созависимости

1. Общая характеристика аддиктивных расстройств. Понятие аддиктивной личности, ее характеристика.

2. Психологическая характеристика зависимости от употребления психоактивных веществ.

3. Психологическая характеристика игровой зависимости, компьютерной и интернет-зависимостей.

4. Нарушения пищевого поведения.

5. Психология созависимости. Характеристика созависимой личности.

6. Возможности психологической помощи при зависимостях и созависимостях.

На занятии студенты представляют рефераты по проблеме.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



322

Назад

Закреть

Семинарское занятие №6

Клинико-психологическая характеристика олигофрении и дементивных расстройств

Вопросы для обсуждения:

1. Олигофрения как врожденное заболевание головного мозга с преимущественным нарушением познавательной деятельности.
2. Клинико-психологические характеристики олигофрении.
3. Особенности психических функций и поведения при олигофрении.
4. Деменция как приобретенное слабоумие, этиология и нозология.
5. Клинико-психологическая характеристика деменции.
6. Особенности психических функций и поведения при деменции.
7. Возможности оказания социально-медицинской и психологической помощи больным при олигофрении и деменции.

Литература (*обязательная литература)

- 1.*Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1986. — 287 с.
- 2.*Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. — СПб. : Питер, 2006. — 960 с.
3. Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. — 11-е изд. — СПб. : Питер, 2004. — 1167 с.
- 4.*Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : руководство для врачей и мед. психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. — Ро-



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



323

Назад

Закрыть

стов н/Д : Феникс, 1986. — 448 с.

Лабораторное занятие №1

Психосоматические заболевания

Проведите изучение одного испытуемого, страдающего соматическим расстройством, с помощью методик, описанных в разделе 2.3 данного пособия. На занятие представьте протоколы.

Лабораторное занятие №2

Клинико-психологическая характеристика шизофрении и маниакально-депрессивного психоза

Самостоятельно посмотрите художественные фильмы «Игры разума» (о человеке, больном шизофренией) и «Мистер Джонс» (о человеке с маниакально-депрессивным психозом). Приготовьтесь охарактеризовать патопсихологические особенности главных героев данных фильмов.

Лабораторные занятия №№3–4

Нарушения психической деятельности при психопатологии

Практическое задание: составьте таблицы «Нарушения сознания», «Нарушения ощущений и восприятия», «Нарушения внимания и умственной работоспособности», «Нарушения памяти», «Нарушения личности».



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



324

Назад

Закрыть

Таблица 3.2 – Нарушение сознания при психопатологии

№	Название нарушения	Номенклатура	Краткая характеристика	Результаты диагностического обследования

Примечание:

1. В качестве образца используйте таблицу 2.10.
2. Ознакомьтесь с патопсихологическими характеристиками больных с разными психическими расстройствами (разделы 2.5.1 и 2.5.3 данного пособия).

3.3 Тематика рефератов по темам «Психосоматическая проблема в клинической психологии», «Психосоматические заболевания», «Психология соматических заболеваний», «Аддиктивные расстройства. Психология зависимости и созависимости»

1. *Акушерско-гинекологическая патология: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия).
2. *Психология беременности и родов.
3. *Нарушения пищевого поведения.
4. Хирургическая патология: психологические аспекты (тип лично-



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



325

Назад

Закрыть

сти, структура конфликта, психотерапия).

5. *Гастроэнтерологическая патология: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия). Нозологии: гастриты, язвы, дуодениты, колиты, болезни почек и печени.

6. *Сердечно-сосудистая патология: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия). Нозологии: болезни сердца, гипертонии, гипотонии.

7. *Онкологическая патология: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия).

8. Эндокринная патология: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия). Нозологии: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы.

9. Кожная патология: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия).

10. Патология дыхательной системы: психологические аспекты (тип личности, структура конфликта, психотерапия).

11. *Психология зависимости и аддиктивное поведение.

12. *Психология созависимости при различных аддикциях.

13. Химические виды зависимости.

14. Нехимические виды зависимости.

**Темы, по которым рефераты могут готовить два студента.*



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



326

Назад

Закреть

Литература для подготовки рефератов

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юд-чиц. — М. : Кафедра-М, 1998. — 272 с.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и прак-тическое применение / Ф. Александер. — М. : Эксмо, 2002. — 352 с.
3. Арина, Г.А. Особенности развития эмоционально-ценностного от-ношения к ребенку у женщин с отягощенной беременностью / Г.А. Ари-на, Е.Б. Айвазян, М.В. Маклакова // Дефектология. — 2003. — №1. — С. 59-66.
4. Бороздина, Л.В. Триада риска у пациентов с дуоденальной язвой / Л.В. Бороздина, Н.Д. Былкина-Михеева // Психологический журнал. — 2002. — №2. — С. 65-78.
5. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. — М. : Мысль, 1988. — 301 с.
6. Васильева, О.С. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект / О.С. Васильева, Е.В. Могилевская // Психологический журнал. — 2001. — Том 22. — №1. — С. 82-89.
7. Емельянова, Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. — СПб. : Речь, 2004. — 368 с.
8. Зейгарник, Б.В. Очерки по психологии аномального развития лич-ности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. — М. : Изд-во МГУ, 1980. — 169



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



327

Назад

Закреть

с.

9. Змановская, О.В. Девиантология : (Психология отклоняющегося поведения) / О.В. Змановская. — М. : Академия, 2004.— 288 с.
10. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. — СПб. : Питер, 2006. — 960 с.
11. Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. — 11-е изд. — СПб. : Питер, 2004. — 1167 с.
12. Клиническая психология / М. Перре [и др.] ; под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб. : Питер, 2002.—1312 с.
13. Кулаков, С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. — СПб. : Речь, 2003. — 288 с.
14. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика : Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. — М. : Эксмо, 2005. — 992 с.
15. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. — М. : МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с.
16. Москаленко, В.Д. Зависимость : семейная болезнь / В.Д. Москаленко. — М. : ПЕРСЭ, 2004. — 336 с.
17. Непомнящая, Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний / Н.И. Непомнящая // Психологический журнал. — 1998. — №4. — С. 132-144.
18. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 168 с.
19. Саймонтон, К. Исцели себя сам. Возвращение к здоровью. Новый



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



328

Назад

Закрыть

взгляд на тяжелые болезни / К. Саймонтон, С. Саймонтон. — СПб. : Питер, 1996. — 288 с.

20. Сандомирский, М. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. руководство / М. Сандомирский. — М. : Класс, 2005. — 592 с.

21. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию : в 2-х т. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. — М. : Академ. Проект, Екатеринбург : Деловая книга, 2002. — 381 с.

22. Соколова, Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1989. — 216 с.

23. Филиппова, Г.Г. Психология материнства : учеб. пособие / Г.Г. Филиппова. — М. : Изд-во Ин-та психиатрии, 2002. — 240 с.

24. Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья : учеб. пособие / Ю.Г. Фролова. — Минск, 2000. — 124 с.

25. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди ; пер. с венг. — 5-е изд., перераб. и доп. — Будапешт : Изд-во АН Венгрии, 1988. — 338 с.

26. Шорохова, О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А. Шорохова. — СПб. : Речь, 2002. — 136 с.

27. Эйдемиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. — СПб. : Речь, 2003. — 336 с.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



329

Назад

Закрыть

4 КОНТРОЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ

4.1 Итоговое контрольное задание

Составить психологический портрет больного с психосоматическим расстройством.

- Примеры психологических портретов в разделе 2.4.
- Обследовать одного больного с психосоматическим расстройством с помощью опросников: (1) опросник, оценивающий влияние болезни на разные сферы социального статуса больных; (2) методика незаконченных предложений, модифицированная для соматических больных; (3) личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ); (4) Торонтская алекситимическая шкала. Использовать также результаты анализа рисунков на тему «Моя болезнь».

Материалы и результаты обследования использовать при составлении психологического портрета.

4.2 Вопросы к экзамену

1. Предмет клинической психологии, ее место в системе клинических и психологических дисциплин.
2. Разделы клинической психологии.
3. Теоретическое и прикладное значение клинической психологии.



Кафедра
психологии
развития

На весь экран

Начало

Содержание



330

Назад

Закреть

4. Проблема нормы и патологии в клинической психологии.
5. Проблема здоровья в клинической психологии.
6. Болезнь как психологический феномен. Концепция преодоления болезни.
7. Факторы отношения человека к болезни.
8. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни.
9. Типы внутренней картины болезни и методы ее изучения.
10. Проблема реагирования личности на стресс в клинической психологии.
11. Уровни реагирования личности на стресс.
12. Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психология телесности.
13. Психосоматические расстройства, концепции происхождения психосоматических расстройств.
14. Психология соматических болезней (соматопсихология).
15. Психологическая характеристика акушерско-гинекологической патологии.
16. Психология беременности. Пренатальная психология.
17. Психологическая характеристика хирургической патологии.
18. Психологическая характеристика сердечно-сосудистой и дыхательной патологии.
19. Психологическая характеристика кожной и эндокринной патологии.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



331

Назад

Закреть

20. Психологическая характеристика заболеваний желудочно-кишечного тракта.
21. Психологическая характеристика онкологической патологии.
22. Понятие и классификация невротических и соматоформных расстройств.
23. Соматизированное и конверсионное расстройства.
24. Болевое и ипохондрическое расстройство.
25. Обсессивно-компульсивное расстройство.
26. Тревожно-фобическое и депрессивное расстройства.
27. Психология зависимости, ее виды. Понятие аддиктивного поведения.
28. Психология созависимости.
29. Химические виды зависимости.
30. Нехимические виды зависимости.
31. Психологическая характеристика нарушений пищевого поведения.
32. Нервная анорексия.
33. Нервная булимия и ожирение.
34. Клинико-психологическая характеристика шизофрении.
35. Клинико-психологическая характеристика эпилепсии.
36. Клинико-психологическая характеристика олигофрении.
37. Клинико-психологическая характеристика маниакально-депрессивного психоза.



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



332

Назад

Закрыть

38. Клинико-психологическая характеристика травм и опухолей головного мозга.

39. Клинико-психологическая характеристика дементивных расстройств.

40. Клинико-психологическая характеристика психопатии.

4.3 Тестовые задания

1. Темы: «Клиническая психология как наука и как область практики», «Основные понятия клинической психологии», «Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни». [Пройти тест »](#)

2. Тема «Психосоматическая проблема в клинической психологии. Психосоматические заболевания». [Пройти тест »](#)

3. Тема «Невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства». [Пройти тест »](#)

4. Тема «Клинико-психологическая характеристика шизофрении и маниакально-депрессивного психоза». [Пройти тест »](#)

5. Тема «Клинико-психологическая характеристика олигофрении и дементивных расстройств». [Пройти тест »](#)

6. Тема «Клинико-психологическая характеристика эпилепсии, травм и опухолей головного мозга». [Пройти тест »](#)

7. Тема «Клинико-психологическая характеристика психопатии». [Пройти тест »](#)



*Кафедра
психологии
развития*

На весь экран

Начало

Содержание



333

Назад

Закреть